FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N° 18

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Darius GHOUILA-HOURI

Né le 18 août 1898 à Sousse (Tunisie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES

Président : M. PIERRE DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Darius GHOUILA-HOURI

Né le 18 août 1898 à Sousse (Tunisie)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES

Président : M. PIERRE DUVAL, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1927

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
AUBERTIN . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL . .	Pathologie médicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DOGNON . . .	Physique.
DONZELOT . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ECALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

M	
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL . . .	Pathologie médicale.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ(Henri) .	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . .	Oto rhino-laryngologie
LEVY-SOLAL .	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
PHILIBERT . .	Bactériologie
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils .	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL .	Obstétrique.
VELTER . . .	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT . .	Pathologie médicale
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.	
REFTERER . .	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE AUVRAY CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT PROUST SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
VILLARET	Clinique médicale.

V.— CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes-adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Qui fut pour moi un grand ami.

A MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Maurice CHEVASSU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien du service d'urologie de l'Hôpital Cochin

Qui m'a fait aimer l'urologie, m'a toujours montré la plus haute bienveillance ; m'a inspiré ce travail et a bien voulu me guider de ses conseils.

En témoignage de mon respectueux dévouement.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Georges LARDENNOIS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital des Ménages

Qui a été pour moi plus qu'un maître ; en témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1918-19. — A mes Maitres de la Faculté de Médecine d'Alger.
1919-20. — M. le Professeur Marcel LABBÉ, Membre de l'Académie de Médecine.
M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE, Membre de l'Académie de Médecine.

Externat

1920-21. — M. le Docteur BROUARDEL, Médecin de l'Hôpital Necker.
1921-22. — M. le Docteur BÉCLÈRE, Membre de l'Académie de Médecine ;
M. le Docteur PAGNIEZ, Médecin de l Hôpital St-Antoine.
M. le Docteur PAISSEAU, Médecin de l'Hôpital Tenon.
1922-23. — M. le Professeur Léon BERNARD, Membre de l'Académie de Médecine.
M. le Docteur RICHARDIÈRE *(in memoriam)* ;
M. le Professeur agrégé LEREBOULLET.
1923-24. — M. le Professeur LEGUEU.

Internat

1924 25. — M. le Docteur SAVARIAUD.
1925-26. — M le Professeur agrégé PROUST.
1926-27. — M. le Professeur agrégé LARDENNOIS.
1927-28. — M. le Professeur agrégé CHEVASSU.
M le Professeur RUDAUX.

A Messieurs les Professeurs agrégés DEBRÉ, GATELLIER, Jean HUTINEL et ALAJOUANINE.

A Messieurs les Docteurs TIXIER, Médecin des Hôpitaux ; MADIER, BRAINE, Raoul MONOD, HOUDARD, CAUCHOIX *(in memoriam)*, PETIT-DUTAILLIS, Chirurgiens des Hôpitaux ; DESNOYERS et PORTES, Accoucheurs des Hôpitaux.

HISTORIQUE

C'est à Blanquinque, en 1870, que revient le mérite d'avoir entrepris l'étude d'ensemble des fistules vésico-intestinales.

Les F. V. I. avaient déjà été observées bien avant lui, les premières observations publiées remontent au XV^e^ siècle, Blanquinque, dans sa thèse, publie l'observation de Praxagore.

« J'ai vu, dit Praxagore, un homme qui rendait l'urine par l'anus et qui a vécu avec ce symptôme 12 ans, j'ai d'ailleurs vu plusieurs autres cas de cette espèce ».

En 1600, Schenckius fit l'autopsie d'un malade ayant une F. V. I. et trouva un néoplasme rectal ayant envahi la vessie.

Au XIX^e^ siècle, les observations sont plus détaillées.

Sédillot, en 1841, relata une observation où une vessie communiquait par une ouverture étroite avec un abcès situé autour d'un cæcum ulcéré. D'autres auteurs : Kingdou, Salzer, Münnich Henry, Krackowiser, Rochester, Boyer, Larcy Richerand et Cloquet-Mercier rapportent des cas de F. V. I.

Ces observations sont très intéressantes, car d'elles se dégage un tableau clinique complet.

Les anciens auteurs avaient même préconisé une thérapeutique qu'ils ne pouvaient malheureusement appliquer étant donné l'état de la chirurgie de l'époque.

En 1843, Barbier de Melle écrit :

« Au moyen d'un bec de sonde promené avec intelligence et ménagement, une main exercée pourra découvrir après des recherches attentives si la communication avec la vessie est unique ou multiple, avec de l'habitude et de l'exercice, on pourra de cette manière, compter pour ainsi dire les ouvertures si elles ne sont pas trop nombreuses ».

Barbier de Melle, pensant que c'est presque toujours le cæcum qui est en cause propose de créer tout d'abord un anus artificiel sur cette partie du gros intestin.

Quand cet anus fonctionnera bien, on placera à la faveur de cette ouverture une sorte de canule qui pénétrant dans la lumière intestinale sera destinée à détourner les matières depuis la fin de l'iléon.

Quand on aura acquis la certitude que la F. V. I. est fermée, il ne restera plus qu'à supprimer la canule et et fermer l'anus artificiel.

Après la thèse de Blanquinque, comme travaux importants, il y eut :

Les travaux Chavannaz en 1897 ;

La thèse de Vladoff (Lyon 1898) ;

La thèse de Damien Masson (en 1898) ;

La thèse de Pascal (Paris 1900) ;

La thèse de Person (Paris 1906) ;

La thèse de Caillet (Paris 1912).

La thérapeutique de ces fistules a été hésitante au début.

C'est en 1895 que le professeur Pousson, de Bordeaux, appliquant l'idée du professeur Le Dentu, pratiquait le premier la suture de l'orifice fistulaire en passant par la vessie.

A partir de 1890, grâce au progrès de l'antisepsie, on fit les premières laparotomies.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de notre maître Monsieur le docteur Chevassu, quelques cas de F. V. I., nous avons été frappé par la grande *variété du* PRONOSTIC *de ces fistules qui dépend non du siège de ces fistules, mais de la cause.*

Nous avons suivi une jeune femme qui avait une F. V. sigmoïdienne tuberculeuse et qui a guéri parfaitement après intervention de M. Chevassu : suture de l'orifice vésical de la fistule par voie transvésicale.

Nous avons également vu, à la consultation de Cochin, des F. V. I. néoplasiques et le traitement proposé (anus contre-nature) a été refusé par le malade, celui-ci ne présentant qu'un minimum de troubles fonctionnels (cystite peu accusée).

Dans cette étude, nous avons voulu séparer toutes les causes de F. V. I., les classer par chapitres étiologiques et montrer que si certaines sont inopérables, il en est d'autres qui, survenant même chez des malades affaiblis, étaient susceptibles de guérir quand la cause initiale n'était pas le cancer.

ÉTIOLOGIE

Les fistules vésico-intestinales relèvent de causes nombreuses. Ces causes peuvent être groupées en 2 grandes catégories :

F. V. I. TRAUMATIQUES ;
F. V. I. NON TRAUMATIQUES.

Les fistules traumatiques. — Par le mot traumatisme il faut comprendre non seulement les *blessures extérieures* : (plaie par balles, coup de couteau, chute sur le manche d'une fourche ou d'une pelle), mettant en communication permanente la vessie et l'intestin, mais les faits du *passage de la vessie à l'intestin ou réciproquement d'un corps étranger* : calcul, arête de poisson, collés à la paroi et qui peuvent se créer une voie de communication entre l'intestin et la vessie par l'intermédiaire d'un abcès. A côté de ces traumatismes accidentels il y a les traumatismes chirurgicaux qui deviennent de plus en plus rares, grâce aux progrès des techniques chirurgicales.

Les F. V. I., suite de PROSTATECTOMIE, sont devenues une rareté depuis qu'on a abandonné la voie périnéale

et qu'on passe par la voie hypogastrique. Comme autres traumatismes chirurgicaux il faut citer surtout les *amputations du rectum* pour cancer ou rétrécissement.

Fistules non traumatiques ou fistules spontanées. — Le point de départ le plus souvent est au niveau du rectum, côlon sigmoïde, appendice et cæcum.

Parfois le point de départ est au niveau de la vessie.

Plus rarement le point de départ est en dehors de la vessie et du tube digestif : il s'agit d'une suppuration intra-péritonéale qui s'ouvre d'une part dans la vessie, d'autre part dans le tube digestif.

Les causes de la F. V. I. non traumatique sont :

le néo ;
la tuberculose ;

il faut y ajouter :

l'appendicite ;
les *périsigmoïdites diverticulaires* ;
la Σ ;
la *typhoïde* ;
l'*amibiase* ;

Fistules V. I. de cause inconnue. — Dont le cercle se rétrécit de jour en jour, grâce aux méthodes d'exploration actuelle.

SYMPTOMATOLOGIE

Les F. V. I. se traduisent par des signes cardinaux encadrés de signes qui sont plus ou moins importants selon la cause de la fistule.

Nous décrirons d'abord la F. V. I. sans nous préoccuper de la cause. Nous y reviendrons à propos de chaque variété.

Ces signes cardinaux sont par ordre d'importance :

la *fécalurie* ;
la *pneumaturie* ;
le *passage de l'urine par le rectum.*

Fécalurie

Signe important véritablement *pathognomonique* :

Le malade, qui souffre déjà de cystite plus ou moins accusée, est surpris de voir ses urines dégager une odeur fétide. Il examine d'un peu plus près ses urines et, à sa grande stupéfaction, il trouve des matières fécales.

Dans un cas, la coloration noire des urines frappe le malade : il prenait du bismuth et c'est ainsi que le

médecin fut appelé à constater l'existence de la fistule (obs. 1 Blanquinque) citée par Pascal.

Dans d'autres cas, le malade trouve des débris alimentaires dans les urines (obs. 2 Cripps), cité par Pascal, ou des grains d'avoine (obs. 3) par Pascal, ou un lombric (obs. 4 et 5 Naudot et Krachowizer).

Plus rarement, on a signalé comme signes du début l'hématurie.

La pneumaturie

L'émission du gaz par l'urètre est le signe qui frappe le plus souvent le malade.

La malade « fût très surprise de voir des gaz sortir par l'urètre après une miction » (Tuffier et Dumont).

« J'urine dans mon cabinet, alors le jet s'arrête net, avec un bruit sonore de gaz. Je n'éprouvai aucune douleur, après le gaz l'urine revient » (Oppenheim).

Quelquefois aussi, à l'occasion d'une rétention d'urine, le médecin sonde le malade et « quelque gaz s'échappent pendant le cathétérisme » (Blanquinque).

Enfin, dans certains cas, *l'émission d'urine par l'anus* est le premier symptôme.

DIAGNOSTIC

Facile à faire, quand les symptômes classiques existent c'est-à-dire.

1° Passage de matières fécales par l'urètre ;

2° Passage des urines par le rectum et émission des gaz par l'urèthre (ces derniers moins importants que le premier).

Il est nécessaire de tenir compte :

des commémoratifs ;
de l'évolution de la maladie ;
des signes physiques ;
de la cystoscopie ;
de la cystographie.

Cystoscopie dans les F. V. I.

La cystoscopie est un moyen d'exploration de grande utilité, parce que c'est un moyen qui permet d'affirmer le diagnostic, et de *préciser les rapports des bords de la fistule avec les orifices urétéraux.*

Il est classique de dire que la cystoscopie n'est pas possible dans les F. V. I. lorsque l'orifice de la fis-

tule étant trop large, le liquide dont on remplit la vessie s'écoule immédiatement par lui.

En réalité on *peut toujours faire la cystoscopie* : c'est une question de technique sur laquelle nous allons insister.

C'est notre maître, M. le Dr Chevassu, qui a montré en 1912 dans la thèse Gourevitch, et en 1920 dans les *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie* que la cystoscopie des F. V. I. était *toujours possible* à moins qu'il n'y ait une cystite très intense avec intolérance vésicale prononcée (Vessie de capacité de moins de 80 cc.).

Dans les cas faciles : vessie de bonne capacité et petit orifice, il suffit, après avoir lavé la vessie, d'injecter 110 à 200 cc. d'eau bouillie et de faire la cystoscopie.

On peut schématiser les cas difficiles de la façon suivante :

1° Vessie de bonne capacité, mais urines très troubles, les matières fécales déversant continuellement dans la vessie.

Dans ce cas le lavage est très long ; il faut savoir être patient et savoir introduire le cystoscope avec rapidité et sans brutalité pour ne pas faire mal au malade et pour ne pas le faire saigner, ce qui pourrait rendre impossible tout examen.

Le cystoscope introduit rapidement, on voit l'orifice de la fistule avec un bouchon fécal à son centre. Il faut savoir que les urines deviennent rapidement très troubles, et qu'il faut recommencer les lavages avec le cystoscope laveur plusieurs fois au cours d'une même séance pour pouvoir préciser : la *situation*, l'*étendue de*

l'orifice fistuleux et les *lésions de cystite concomitante.*

2° Vessie de bonne capacité, mais se vidant très rapidement parce que l'orifice de la fistule est assez grand.

Dans ce cas il faut placer le malade de telle sorte que l'orifice fistuleux ne soit plus au point déclive, et *soit* au *point culminant de la vessie.*

Le malade sera placé dans le décubitus ventral si la fistule siège au niveau du bas-fond, il sera placé dans le décubitus latéral droit ou gauche selon que la fistule siège au niveau de la face latérale gauche ou droite de la vessie.

On poussera très rapidement une injection de 200 à 300 cc. d'eau bouillie et de cette façon on a toujours le temps d'explorer la vessie.

On se servira au besoin d'un cystoscope à double courant ou du Mac Carthy.

L'orifice vésical de la F. V. I. peut siéger en n'importe quel endroit de la vessie ;

Les caractères des fistules peuvent être ramenés à 2 types.

1° Ou bien l'on voit nettement l'orifice fistuleux plus ou moins régulier ou entouré par une muqueuse normale ou plus ou moins boursoufflée.

2° Ou bien l'on ne voit pas d'orifice mais simplement une région de la paroi vésicale rouge, dépolie, parfois œdématiée avec une dépression plus ou moins accentuée et étendue.

Ou bien des saillies en forme de bourgeons charnus.

L'orifice dont on connaît l'existence du fait des symp-

tômes accusés par le sujet mais que l'on ne voit pas, peut se trouver soit au milieu des bourgeons charnus, soit dans le voisinage du fond d'une des dépressions existantes. On peut essayer d'introduire une sonde urétérale à l'endroit présumé de l'orifice fistuleux et d'injecter par cette sonde un liquide coloré (solution de collargol à 8 % ; solution de bleu de méthylène).

Si le liquide passe dans le rectum le diagnostic est fait.

La muqueuse avoisinante est presque toujours modifiée. Elle est rouge, œdématiée, avec des saillies assez marquées, quelquefois des bourgeons charnus.

Assez souvent on voit au niveau de la fistule soit :

de la fibrine ;
des débris alimentaires ;
des matières fécales ;
du pus.

Enfin, insistons encore une fois avec notre maître, M. le Dr Chevassu, sur l'importance des rapports des bords de la fistule avec les orifices urétéraux, car certains échecs de cure de fistules par voie extra-vésicale peuvent être expliqués par la prise d'un orifice urétéral dans la suture.

Cystographie

Difficile, d'une interprétation délicate.

On peut injecter dans la vessie un liquide opaque (solution de collargol à 8 %). La vessie se distend, dessine

un globe plus ou moins volumineux et cache le trajet fistuleux.

Il faut savoir sous écran radioscopique tourner le malade de façon à trouver sa position qui permet de détacher de l'ombre vésicale, l'ombre du trajet fistuleux.

On prendra 2 clichés.

***

On a prétendu que la chylurie doit toujours faire penser à une F. V. I.

Diagnostic différentiel

Il est à faire avec :

la pneumaturie essentielle ;
les F. Urétro-rectales ;
les F. urétéro-intestinale.

Pneumaturie essentielle. — Guyon l'a signalée après lithotritie avec un fort évacuateur.

Dans les cas de collection purulente gazeuze ouverte dans la vessie :

Alem dans son étude sur la pneumaturie (*Thèse Paris*, 1884) signale :

« On peut croire, à l'existence d'une F. V. I., alors que celle-ci fait complètement défaut, c'est quand des collections purulentes à contenu gazeux sont développées au voisinage de la vessie et viennent s'ouvrir dans sa cavité ».

Chez les névropathes (pneumaturie sans causes).

Chez les diabétiques (Guiard « le développement spontané des gaz dans la vessie »).

Dans les urines amoniacales en dehors du diabète (Tisné, *Annales des maladies des organes génitaux urinaires).*

Fistules urétro-intestinales. — Dans ce cas l'urine ne s'écoule par l'anus qu'à l'occasion de la miction.

Un examen au Mac Carthy montrera l'orifice siégeant au niveau de l'urètre prostatique le plus souvent.

Cependant, diagnostic parfois délicat (*Obs. VI de Broca*) où le diagnostic porté fut celui de fistule urétro-rectale alors qu'à l'autopsie on trouva une communication recto-vésicale.

Fistules urétéro-intestinales. — Le diagnostic est facile. il n'y a ni fécalurie, ni pneumaturie.

A titre de curiosité signalons le *cas de Nélaton* où l'estomac contracta des adhérences avec le rein droit et par cette voie le contenu stomacal trouva passage dans la vessie.

Le diagnostic de F. V. I. est fait.

Il faut faire le diagnostic de siège et le diagnostic étiologique.

Diagnostic topographique

Fistules vésico-rectales. — Rares chez la femme et cette rareté s'explique par la disposition anatomique des organes du petit bassin. Le diagnostic est facile. On

s'aidera du toucher rectal, de la rectoscopie, de l'injection de liquide coloré dans la vessie : il y a passage de ce liquide dans le rectum en dehors de la miction.

Fistules V. I. proprement dites. — Quand la fistule siège sur l'iléon, la matière fécale est un liquide fécaloïde.

Si les matières sont formées, il est infiniment probable qu'elles proviennent du *gros intestin*.

Importance dans les 2 cas du lavement opaque et de la recto-sigmoïdoscopie.

Diagnostic étiologique et pronostic

Excessivement variable. Dépend de la cause.

Nous allons étudier d'abord les fistules appendiculo-vésicales.

FISTULES APPENDICULO-VÉSICALES

L'appendicite aiguë ou subaiguë peut au cours de son évolution donner une symptomatologie vésicale.

Relativement fréquentes sont les rétentions d'urine et les cystites.

Rares plus rares sont les perforations vésicales parce qu'on connaît mieux l'appendicite aiguë et parce qu'on est plus interventionniste.

La perforation vésicale est due soit à *l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie* avec appendice gangrené, il s'agit alors d'une fistule appendiculo-vésicale avec trajet fistuleux.

Soit *gangrène de l'extrémité appendiculaire qui est au contact de la vessie* (Cadwallader considère ce cas comme exceptionnel).

La situation topographique de l'appendice joue un grand rôle dans la genèse des fistules vésico-intestinales.

L'appendice peut être très long (la longueur moyenne est de 8 à 10 cm.) dans certains cas il a pu mesurer 20 cm. Il est évident qu'une telle dimension prédispose au rapprochement appendiculo-vésical. Cependant il

arrive qu'un appendice long en position haute soit éloigné de la vessie, court en position basse il en soit rapproché.

D'ailleurs la topographie de l'appendice est intimement liée à celle du cæcum dont elle partage toutes les migrations.

Le cæcum occupe dans sa loge constituée en avant par la paroi abdominale antérieure, en arrière par la paroi abdominale postérieure, en bas par la fosse iliaque interne, une position variable.

Il arrive ordinairement jusqu'à l'arcade crurale mais dans la *position basse* (*16 à 30 % des cas*) il descend jusque dans l'excavation pelvienne.

Cette position basse est plus fréquente chez la femme.

L'appendice sera plus rapproché de la vessie quand il est descendant. La vessie est un organe immobile.

C'est l'appendice qui va à la vessie, il y va selon des conditions de :

position ;
longueur ;
direction.

La *fistule appendiculo-vésicale* s'établit à la suite d'appendicite avec abcès appendiculaire.

L'appendicite sans abcès ni perforation dans la cavité abdominale compliquée d'adhérences avec perforation directe dans la vessie est très rare : il s'agit d'appendicite méconnue, témoin l'observation 7 de Pilcher, où la crise d'appendicite a été prise pour une

colique néphrétique et où l'on a pensé à l'appendicite qu'après fistulisation.

Il s'agit dans des cas rares (obs. 8 de Brun) relatée dans la thèse de Caillet d'un abcès extra-péritonéal, abcès de la cavité de Retzius ouvert dans la vessie et dans le cas particulier en même temps dans le grand péritoine ayant déterminé une mort rapide.

Mais le plus souvent la fistule est secondaire à une péritonite enkystée appendiculaire.

Ou bien il s'agit d'abcès pelvien au contact de l'appendice.

Ou bien d'abcès pelvien continu avec des abcès iliaques.

Ou bien encore il s'agit d'abcès pelvien distinct des foyers appendiculaires ; ce sont les *abcès métastatiques qui essaiment par lymphangites.*

La genèse de la fistule en elle-même dans les cas d'appendicite avec abcès a été expliquée par Reynes, l'abcès appendiculaire faisait migration vers le petit bassin, la surface extérieure de la vessie subit l'action des germes microbiens avec lesquels elle se trouve en contact.

L'orifice intestinal siège soit *sur le grêle* (obs. 7 de Pilcher).

soit sur le cæcum ;

soit sur l'*appendice* (obs. 9 d'Aimé Guinard).

Observation.— L'appendice est terminé en massue et à 1 centimètre de son extrémité une communication de la largeur d'un pois existe avec un trajet aboutissant à la vessie. »

Quelquefois perforations pluri-viscérales (obs. 10, Davat, citée par Caillel).

Le trajet fistuleux peut être absent, c'est rare, le plus souvent il existe et il est constitué par le foyer d'abcès appendiculaire plus ou moins induré au niveau duquel on peut trouver des matières fécales, des gaz, des calculs stercoraux.

L'orifice vésical est unique ; le plus souvent il siège sur la face postéro-inférieure de la vessie dans sa moitié droite. Dans l'observation 11 Caraven et Caillet, la cystoscopie a montré un orifice à 7 heures.

Clinique

Nous avons étudié les symptômes de la fistule vésico-intestinale en général :

fécalurie ;
pneumaturie ;
et issue d'urine, par l'anus sont les signes cardinaux.

Il faut noter cependant la relative fréquence de la fécalurie.

Ici ce qui domine le tableau clinique c'est l'état grave du malade accompagné de symptômes vésicaux dont le plus important est la *pyurie*.

Les signes de la fistule sont précédés des signes de l'appendicite, mais d'une *appendicite qui n'est pas opérée d'urgence* et qui s'accompagne d'un abcès de la fosse iliaque droite pouvant s'étendre jusqu'à l'hypogastre.

Un tel malade doit être examiné au point de vue abdominal et au point de vue vésical.

Abdomen. — Inspection : elle montre une saillie très légère au niveau de la fosse iliaque droite.

Palpation et percussions montrent un plastron plus ou moins induré s'étendant vers le bas.

Touchers vaginal et rectal. — Il est de la plus grande utilité de pratiquer le toucher, on arrive ainsi fréquemment à délimiter une masse bombant dans les culs-de-sac antérieur et latéral droit du vagin ou dans le rectum, c'est un des gros signes des abcès pelviens et particulièrement de l'abcès péri-vésical.

Cependant il arrive que le toucher rectal ne donne aucun signe, il en est ainsi lorsque l'abcès siège en avant ou sur le côté droit de la vessie.

Ces examens sont en général douloureux, peuvent exagérer les phénomènes vésicaux, provoquer du ténesme et même s'ils étaient pratiqués souvent et un peu brutalement achever une perforation.

Dans l'observation 12 de Pauchet, cette perforation traumatique s'est faite à la suite d'une dilatation anale.

Ces signes physiques sont ceux d'abcès non encore ouverts dans la vessie, bientôt après exaspération des signes généraux il va y avoir un *affaissement de l'abcès.*

Dans l'observation 13, Moulonguet d'Amiens vit brusquement la tumeur s'effondrer, le malade uriner du pus pendant 24 heures. Après l'irruption de ce flot de pus dans la vessie il y a amélioration de l'état général,

mais une amélioration passagère, les urines sont troubles, on trouve de nombreux leucocytes et des globules de pus, parfois du contenu intestinal.

La bactériologie est variable, le plus souvent on trouve le colibacille, dans certains cas le streptocoque.

La cystoscopie a été rarement faite, cependant il faut noter que ce flot de pus faisant irruption dans la vessie peut ne pas déterminer de cystite comme le prouvent les *arguments cliniques*, absence de pollakiurie et de tenesme vésical *et les arguments cystoscopiques*.

Hallé a trouvé une muqueuse vésicale normale et au niveau de celle-ci une fissure dont on voyait sourdre le pus quand on déprimait la paroi abdominale (obs. 10).

Dans d'autres cas on a trouvé un orifice étroit, étoilé, déprimé à 7 h. La vessie était très rouge.

Dans l'observation 9 de Caraven on vit au cystoscope une fistule guérie : les orifices urétéraux étaient absolument normaux, l'index étant à 10 h. 30, l'auteur a constaté une tache noire qui était manifestement un diverticule vésical, dans le fond il n'a pas aperçu d'orifice, il y a promené l'extrémité d'une sonde urétérale, celle-ci ne s'est pas engagée.

Evolution :

Guérison spontanée.

Complications :

Hématurie qui peut être mortelle comme dans l'observation de Hallé.

Calculs vésicaux avec cystite (obs. 11) pyélonéphrite avec altérations très marquées de l'état général comme dans l'observation 14.

Diagnostic

Comporte plusieurs temps :

1° Au cours d'une appendicite on reconnaît une *perforation vésicale,* il faut attacher une très grosse importance à l'affaissement de la tumeur inflammatoire avec la pyurie abondante. Cependant il faut savoir qu'il y a des cystites sans perforation comme dans les observations de Pauchet et de Moulonguet (obs. 15).

2° La perforation est reconnue. Quelle en est la cause ! Ici c'est un diagnostic topographique. Les cas rentrent dans le cadre du diagnostic d'ensemble des fistules vésico-intestinales.

Chez la femme il faut tenir compte des antécédents pathologiques et de l'histoire de la maladie pour ne pas confondre l'annexite avec l'appendicite. Dans tous les cas étant donné le mauvais état général il faut penser au néoplasme. On ne peut faire que des hypothèses pour savoir si la fistule est directe par accolement ou indirecte avec trajet intermédiaire. Une injection opaque pourrait faire le diagnostic mais il est bien imprudent de la faire.

Pronostic

Le pronostic des fistules appendiculo-vésicales est toujours sérieux.

Les cas de guérison spontanée sont très rares. Mais ils imposent tout au moins une intervention chirurgicale non urgente (obs. 14 *bis* de Pauchet) puisqu'il peut suffire pendant un temps plus ou moins long de lutter contre l'infection et l'inflammation des parois vésicales.

Traitement

A. — **Prophylactique.** — L'appendicectomie précoce est une excellente conduite pour parer aux complications vésicales.

Le traitement médical peut agir préventivement dans les cas où la fistule n'est pas encore formée et comme un bon palliatif quand elle est déjà formée. Il aura pour but d'empêcher les accidents infectieux.

Les lavages vésicaux avec un antiseptique faible et la sonde à demeure permettraient d'éviter la rétention des produits septiques et d'empêcher l'infection.

B. — **Traitement chirurgical.** — Quand le traitement médical n'a pas donné de résultat satisfaisant on aura recours à l'intervention. Dans ce cas c'est à la laparotomie qu'on s'adressera. La fistule guérit ordinairement d'elle-même après ablation de l'appendice, au besoin on fera une suture vésicale au niveau de l'orifice fistuleux.

Nous avons pu recueillir 11 observations.

Sur ces 11 cas :

1 mort par péritonite ;
7 guérisons après intervention ;
2 guérisons spontanées sans intervention ;
1 fistule apparue après appendicectomie à froid et qui a guéri spontanément (obs. 16 de Caraven).

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES SUITES DE SUPPURATIONS PELVIENNES AIGUES

A côté de ces fistules appendiculo-vésicales qui ne sont autre chose que l'ouverture dans la vessie d'un abcès appendiculaire pelvien le plus souvent, il faut étudier et rapprocher de celles-ci les f. v. i. (intestin grêle, côlon sigmoïde, rectum) dues à l'ouverture d'une collection annexielle d'une part dans la vessie, d'autre part dans l'intestin.

Ces observations sont devenues de plus en plus rares du fait que le diagnostic de salpingite suppurée est fait plus précocement et du fait de l'efficacité des vaccins qui arrêtent l'évolution du processus inflammatoire.

Nous avons pu recueillir les observations de fistules vésico-intestinales qui entrent dans le cadre ainsi délimité.

Une observation très ancienne de Duplay incomplète où la fistule serait due à une hématocèle suppurée.

Des trois autres observations il y a 2 fistules vésico-intestinales primitives.

1 fistule vésico-intestinale secondaire à l'intervention. Toutes les 3 ont guéri parfaitement.

Dans l'observation de Livingstone Donald, la fistule était *vésico-rectale* ; elle s'est produite avant l'intervention. La guérison fut obtenue après colostomie et colpotomie pour désaxer les 2 orifices vésical et rectal.

Dans l'observation de Walther c'est à la laparotomie que l'auteur a eu recours. Il insiste sur le fait que ces fistules se produisent au cours de salpingite bilatérales très étendues.

« Il s'agissait d'une masse complètement adhérente soudée à tout le bassin et dans laquelle il était impossible de reconnaître ni utérus, ni annexes, ni intestin ».

L'orifice est impossible à trouver, la guérison fut obtenue après 2 interventions.

C'est après hystérectomie qu'est apparue dans l'observation de Bureau et Pasquereau la fistule vésico-sigmoïdienne.

Là il s'agit *d'un abcès résiduel* (dû à la soie probablement) qui s'est ouvert d'une part dans la vessie et d'autre part dans le côlon sigmoïde, c'est le rejet du fil de soie qui donna l'alarme, fit faire une cystoscopie et permit après laparotomie de confirmer le diagnostic.

Diagnostic

Le diagnostic de collection pelvienne ouverte dans la vessie, est un diagnostic facile. Mais ce qui importe c'est de préciser si cette collection est également fistulisée du côté du tube digestif.

Diagnostic délicat, diagnostic parfois impossible si

absence de fécalurie (la pneumaturie n'est pas pathognomonique, nous avons vu d'ailleurs que la laparotomie ne montre pas toujours l'orifice fistuleux.

Pronostic

La fistulation, au cours de ces suppurations pelviennes aggrave le pronostic, mais non d'une façon considérable, car il faut remarquer qu'il s'agit en général de malades en quelque sorte immunisés qui supportent bien l'intervention.

Traitement

Essentiellement chirurgical. Laparotomie. Hystérectomie. Mickulicz.

Dans l'observation Liwingstone, la colostomie avec colpotomie fut suffisante, mais il est évident que sa malade a gardé des lésions annexielles qui peuvent déterminer les mêmes accidents. Son succès fut beau mais sa thérapeutique ne fut pas radicale.

LES FISTULES DIVERTICULO-VÉSICALES NON CANCÉREUSES

On désigne sous le nom de fistules diverticulo-vésicales les fistules mettant en communication la vessie avec un diverticule intestinal.

Ces fistules sont très rares.

Les diverticules pouvant donner des fistules sont :

1° Les diverticules de Meckel.

2° Les diverticules du rectum.

3° Les diverticules de l'anse sigmoïde.

Fistules dues au diverticule de Meckel

Tout à fait exceptionnel, puisqu'il n'existe qu'un cas dans la littérature médicale, observation de Beach (obs. 26), citée par Pascal, l'intervention a amené la guérison.

Fistules dues au diverticule du rectum

Presque aussi rares : 3 cas dans la science : celui de Jones, celui de Herczel (obs. 28) et celui de Morisson (obs. 27).

La communication vésico-rectale était due à l'ouverture d'un diverticule rectal dans la vessie, pas de tuberculose, pas de cancer.

Fistules dues au diverticule du côlon sigmoïde

Plus fréquentes, plus connues, nous avons pu recueillir 6 observations avec quatre guérisons et deux décès.

Les neuf autres, obs. Boyer, 1826 ; Salmon, 1834 ; Trangel, 1861 ; Holmes, 1866 ; Franck, 1870 ; Heine Paolucci, 1872 ; Killy, 1898 ; Genouville, 1899, observations publiées dans la thèse de Pascal ne sont pas probantes.

Les diverticules du gros intestin peuvent être :

ou latents ; c'est la diverticulose simple,

ou bien les diverticules se traduisent cliniquement par des symptômes, simulant :

Soit une appendicite.

Soit une annexite.

Soit une forme *pseudo-néoplasique et sténosante.*

C'est cette diverticulite à forme de tumeur intestinale qui est susceptible d'entraîner une perforation dans la vessie et créer ainsi une fistule VI.

Cette dernière se traduit par :

De la fécalurie.

De la cystite avec une infection urinaire plus ou moins aiguë.

Cette infection se traduit par une température généralement élevée avec des rémissions passagères, l'état

général ne tarde pas à s'altérer, l'appétit disparaît et le malade anémié prend l'aspect cachectique et misérable des cancéreux arrivés au stade terminal de l'évolution de leur lésion.

L'existence de cette complication est presque toujours considérée d'emblée comme la signature d'une lésion néoplasique avancée et, sans autre examen, le malade est abandonné à l'évolution implacable d'un mal que l'on considère comme incurable et rapidement mortel. Mais, certains de ces malades ont survécu plusieurs années à l'apparition de ce symptôme de telle sorte que le diagnostic primitivement posé de cancer avancé s'est trouvé nettement en défaut et que certains chirurgiens se sont décidés à explorer la lésion par une laparotomie exploratrice qui les a mis sur la voie du diagnostic véritable.

Diagnostic

Le diagnostic positif est facile.

Le diagnostic différentiel est plus délicat.

Il s'agit d'un malade ayant une F. V. I. et chez lequel on sent dans la fosse iliaque gauche une tumeur.

Est-ce un cancer ?

Est-ce une diverticulite simple ?

Problème difficile.

La laparotomie est nécessaire, en tous cas, il faut faire l'épreuve du traitement qui est : la colostomie.

Traitement

Lockhart Mummery fait une colostomie permanente et définitive, Charters Symonds fait une colostomie, 1° temps d'une cure radicale.

Norbury fait une colostomie et une cystostomie.

Lockart Mummery cite deux observations :

Obs. 29. — Homme de 56 ans, diverticulite à l'union du rectum et du sigmoïde, douleur, obstruction chronique, perforation dans la vessie, température 39°5, colostomie.

Malade complètement remis, revu en bon état 3 ans plus tard.

Obs. 30. — Homme de 56 ans, même tableau, perforation de la vessie, obstruction intestinale, température élevée.

Colostomie transverse.

Guérison.

Lockhart Mummery ajoute en outre qu'il n'a jamais observé de F. V. colique, consécutive au cancer, de sorte qu'il en arrive à se demander si, dans la grande majorité des cas, les fistules V. I. ne sont pas la conséquence directe d'une diverticulite ignorée.

Obs. 31 (de Rowlands).

Homme de 40 ans, crise de pelvi-péritonite supposée d'origine appendiculaire, 4 ans avant son entrée à l'hôpital, apparition d'une F. V. C. que l'on avait mise sous le compte d'un cancer inopérable du côlon.

Malade cachectique.

Laparotomie.

La fistule siégeait sur la partie moyenne du côlon pelvien et rejoignait la partie gauche de la section.

Fermeture des brèches vésicale et colique par invagination, adhérences nombreuses avec foyers purulents disséminées.

Mort par pelvi-péritonite et péricardite une semaine plus tard.

On n'avait pas découvert de diverticule à l'opération.

A l'autopsie, on en reconnut plusieurs dans la lumière de l'intestin.

Obs. 32. — (Gamet Wright, *Proceèdury of une Royal society of medecine*, London 1922).

Homme de 45 ans, souffrant depuis des années de rétention d'urine nécessitant des cathétérismes quotidiens.

3 semaines avant son entrée, il est pris de douleur, fièvre, diarrhée, vomissements et 3 jours avant son entrée les matières commençaient à passer dans les urines ainsi que les gaz à la fin de la miction.

Pouls à 80°.

Ventre un peu distendu, mais ni douloureux, ni contracture.

Prostate dure, pas d'orifice visible dans le rectum.

On fait le diagnostic des F. V. C. probablement consécutive à une infection gonococcique de la vessie. Le lavage de la vessie n'amenant aucune amélioration, on opère le 30 octobre 1911.

Incision sus-pubienne.

On trouve un appendice épiploïque *du sigmoïde* adhé-

rent à la face postérieure de la vessie très bas dans le pelvis, l'adhérence est disséquée et l'on trouve au milieu d'elle le trajet fistuleux entre la vessie et le côlon.

Fermeture des ouvertures colique et vésicale par une double rangée de sutures ; celle de la vessie étant particulièrement difficile.

Convalescence mouvementée.

Les sutures vésicales cèdent, laissent passer les urines par la plaie et la fistule se reproduit. Après cicatrisation de la plaie, nouvelle intervention, nouvelle suture de la vessie et de l'anse sigmoïde, mais pour éviter la reproduction de la fistule, due probablement à la proximité des deux sutures, on fixe l'anse sigmoïde à la fossè iliaque gauche, par plusieurs points de sutures.

Guérison.

Malade revu quelques années plus tard, en bon état.

LES FISTULES VÉSICO-INTESTINALES TUBERCULEUSES

Les F. V. I. tuberculeuses sont *très rares*. Il s'agit le plus souvent de *tuberculose des trompes et du rectum* propagée à la vessie.

Cuturic, dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires* 1910, a montré expérimentalement la propagation de la tuberculose des trompes et du rectum à la vessie.

Ces F. V. I. tuberculeuses ont été signalées dans la thèse de Pascal qui cite six observations.

Sur ces 6 observations, 4 ne sont pas probantes. Les auteurs pensent à la tuberculose, à cause du mauvais état général des malades, mais nous avons vu que l'existence ~~d'une~~ F. V. I., quelle que soit l'origine, amène toujours une altération très marquée de l'état général.

Les deux autres observations (obs. 35 et 36) de Pascal concernent 2 phtisiques, qui, à la période terminale (3 ou 4 dernières semaines) ont émis des matières fécales par l'urètre.

L'autopsie a été faite dans un cas et l'on a trouvé une

fistule iléo-vésicale siégeant à la terminaison du grêle.

Plus intéressante est l'observation de Reh (obs. 37) de tuberculose iléo-cæcale avec perforation vésicale.

Il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans qui, après des accidents diarrhéiques, a présenté les signes d'une F. V. I. confirmée à la cystoscopie. L'auteur intervient chirurgicalement. Il fait une laparotomie médiane sous-ombilicale, tombe sur une tuberculose iléo-cæcale avancée, dissèque cette masse de la vessie, suture le pertuis vésical et fait une résection iléo-cæcocolique très étendue.

Malgré la gravité de l'intervention, la malade guérit.

Plus intéressante est l'observation de *notre maître M. le Dr Chevassu*. Observation (n° 38) intéressante par la technique simple employée qui a amené une guérison rapide.

Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans présentant des lésions tuberculeuses anales, péri-anales, génitales. Cette femme présentait des signes de fistulisation depuis le début de 1926. Elle est envoyée dans le service d'urologie de l'hôpital Cochin, fin 1926.

Le diagnostic de F. V. I. a été confirmé par la cystoscopie et par une injection vésicale de collargol.

Traitement

Nous n'insisterons pas sur la façon de faire la cystostomie et la façon de bien étaler la face postérieure de la vessie pour voir clair.

Nous insisterons sur les points suivants :

1° Répérer les orifices urétéraux (pas toujours facile car cystite parfois intense : Importance de la cystoscopie faite avant l'opération) ;

2° Aviver les bords de la fistule (Etre très prudent si l'on est au voisinage des orifices urétéraux) ;

3° Si on trouve facilement l'orifice intestinal de la fistule, le suturer au fil de lin ;

4° Si l'orifice intestinal est difficile à trouver, s'il y a une grande zone d'adhérence, il vaut mieux ne pas s'en occuper et apporter grand soin à fermer l'orifice vésical ;

5° Celui-ci sera suturé au catgut O. Faire un double plan ;

6° Tube coudé dans la vessie ;

7° Le retirer vers le 11e jour.

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES NÉOPLASIQUES

Les fistules consécutives au cancer de l'intestin particulièrement du rectum sont les plus fréquentes, mais aussi les plus dénuées de valeur étant donné qu'elles sont presque toujours un phénomène ultime, un accident des derniers jours qui n'a qu'un intérêt relatif, celui de précipiter le dénouement fatal et de mettre un terme à leur situation lamentable.

L'ouverture de l'intestin dans la vessie entraîne, en général, une aggravation de l'état général.

Dans certains cas, l'ouverture de l'intestin dans la vessie a pu constituer un phénomène presque heureux en mettant un terme à une crise d'occlusion intestinale.

L'anus contre-nature vésical, ainsi spontanément créé, amène avec la débâcle vésicale une légère amélioration mais, amélioration trompeuse, amélioration passagère.

Le diagnostic de F. V. I. d'origine néoplasique est une contre-indication à une thérapeutique active.

Dans l'observation (n° 39) de *Bohen et Dean*, la résec-

tion colo-vésicale a amené la mort rapide en quelques jours.

Le traitement ne peut-être que palliatif.

anus cœcal ;
anus angulo-colique gauche (Chevassu) ;
anus iliaque gauche.

Signalons le fait qu'il s'agit de syphilitique ancienne et que le traitement antisyphilitique peut amener sinon une guérison, mais, une amélioration de l'état général et de l'état local (Obs. 41, Cozerat Joseph, Dr Chevassu).

Ces F. V. I. néoplasiques peuvent être dues soit : à l'envahissement d'un néo-rectal ou colique à la vessie, soit à l'envahissement d'une tumeur vésicale à l'intestin (obs. 40).

Il est indispensable pour confirmer d'une façon absolue le diagnostic de faire une biopsie.

Ni le mauvais état général,

Ni la sensation fournie par le toucher-palper ne doivent faire éliminer la possibilité d'une fistule diverticulo-vésicale non néoplasique, affection sur laquelle nous avons déjà insisté longuement.

Obs. inédites 41 et 42. — Pascal cite 35 observations :

1 fois sur le grêle (sarcome de l'iléon)
23 fois sur le rectum
3 fois sur le côlon
7 fois sur S. iliaque
1 fois sur le cæcum.

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES ACTINOMYCOSIQUES

Exceptionnelles, elles ont été étudiées dans la thèse de Michaïloff (*Thèse de Lyon*, 1899). L'auteur rapporte 2 observations de fistules recto-vésicales actinomycosiques.

Les fistules appendiculo-vésicales actinomycosiques rentrent dans le cadre des fistules appendiculo-vésicales banales.

L'actinomycose appendiculaire se traduit d'abord par des phénomènes d'entérite ou de réaction péritonéale. Ou bien elle évoluera chroniquement sous l'allure d'un néoplasme, mais lorsque la perforation vésicale sera produite, par la fistule s'échappera un pus chargé de grains jaunes qui pourront être trouvés dans les urines. Importance du traitement par l'iodure.

FISTULES ENTÉRO-VÉSICALES A LA SUITE D'UNE ULCÉRATION INFECTIEUSE OU PARASITAIRE DE L'INTESTIN GRÊLE

Sous ce titre nous avons vu les ulcérations de la typhoïde et de la dysenterie. Il n'y a qu'un cas dans la littérature (obs. 3) de fistule vésico-intestinale due à la typhoïde.

Le malade est mort quelques jours après.

Les fistules vésico-intestinales dues à la dysenterie seraient plus fréquentes d'après les auteurs, Pascal, dans sa thèse, cite 6 observations de fistules vésico-intestinales dysentériques. En réalité *aucune* observation n'est probante, il n'y a :

aucun argument clinique ;
aucun argument thérapeutique ;
aucun argument nécropsique ;

qui plaide en faveur de l'origine dyssentérique de ces cas de fistule vésico-intestinales publiées.

Le cas de Levison (obs. 43) est plus probant. La fistule s'est établie chez un malade ayant des amibes dans

les selles et ayant un gros foie avec un état général altéré.

Et une cœcostomie amena la guérison au bout d'un an.

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES SYPHILITIQUES

Tout à fait exceptionnelles on en a publié plusieurs. Mais, des F. V. I. vraiment syphilitiques il n'y en a vraiment pas beaucoup. *Pierre Delbet cite le cas d'une F. V. R. syphilitique et qui a guéri parfaitement par le traitement.* Malheureusement nous n'avons pas pu retrouver l'observation. A côté de cette observation de F. V. I. syphilitique il faudra citer l'observation de Blanc qui est la deuxième observation n° 61 de F. V. I. syphilitique ayant guéri par le traitement. Cette observation est tout à fait complète, la fistule s'est accompagnée d'accidents syphilitiques (gommes qui ont rétrocédé par le traitement). Telles sont les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

A côté de celles-ci on a signalé d'autres observations de F. V. I. syphilitiques mais les auteurs n'ont pas apporté les preuves formelles de la nature syphilitique de ces fistules.

Kuthe (en 1889) aurait suivi un malade pendant 7 ans.

Lannelongue, de Bordeaux, a également publié une observation.

Tuffier opère un malade atteint de F. V. I. il fait une laparotomie, trouve une masse réunissant le sigmoïde à la vessie et sans biopsie ni réaction humorale il conclut à la syphilis :

Le malade meurt 3 jours après.

Enfin, Pierre Delbet dans les *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie en 1903* publie une observation de fistule colo-vésicale où après intervention chirurgicale et échec partiel le traitement antispécifique a amené une amélioration qui n'est pas allée jusqu'à la guérison.

Pour terminer citons l'observation de Picot publiée dans le *Journal d'Urologie* de 1912. Sous le titre de : un cas de syphilis vésicale. Il s'agissait d'un homme âgé de 53 ans qui avait une F. V. I. avec, à la cystoscopie des lésions ulcéreuses étiquetées syphilitiques par l'auteur.

En réalité il s'agissait probablement de lésion banale de cystite chez un homme qui avait une fistule colo-vésicale, le transit intestinal n'a pas été fait et le traitement anti-syphilitique n'a amené aucune guérison.

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES TRAUMATIQUES

Ces fistules se produisent :

1° A la suite d'accouchement difficile nécessitant l'application d'un forceps au niveau du détroit supérieur, ou à la suite d'une embryotomie ;

2° Soit à la suite d'un empalement ;

3° Soit à la suite d'une fracture du bassin (obs. du Dr Chevassu) ;

4° Soit à la suite de la migration d'un calcul vésical ;

5° Soit à la suite de coup de feu (obs. 49) ;

6° Soit à la suite d'intervention chirurgicale en particulier à la suite de l'opération de la taille rectale ou périnéale, soit à la suite d'une *prostatectomie sus-pubienne.*

Fistules traumatiques à la suite de l'accouchement

Il s'agit, soit d'une F. V. rectale, soit d'une fistule vésico-sigmoïdienne ; la date d'apparition de la fistule est en moyenne vers le 20e jour après l'accouchement. La fistule se traduit par : la symptomatologie habituelle, le diagnostic est en général facile.

Traitement variable

Intervention par voie rectale (obs. 44, Hœpfl).

Intervention par voie vaginale (obs. 45, 46, 47, 47 *bis*).

Il y a eu 11 cas de guérison par voie vaginale, guérison par première intention. Dans 5 cas, on a employé la laparotomie avec succès.

Fistules traumatiques par empalement

Poncet a défini l'empalement de la façon suivante :

« On appelle blessure par empalement les lésions produites par un objet en forme de pal pénétrant dans le pelvis et l'abdomen par l'orifice inférieur de la filière pelvienne que le corps vienne se mettre sur un pal immobile ou que le pal soit enfoncé dans le corps immobile ».

Quand l'empalement est dirigé de bas en haut et d'arrière en avant, le rectum est perforé, puis la vessie, et une fistule vésico-rectale s'établit.

Cette communication vésico-rectale peut se trouver au-dessous du cul-de-sac de Douglas,

Ou bien au-dessus : dans ce cas un syndrome péritonéal se rajoute.

Les fistules vésico-rectales par empalement sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme et cette différence s'explique par la disposition anatomique des organes du petit bassin.

Clinique

La symptomatologie au début est très spéciate, la douleur est d'intensité variable, le malade perd beaucoup de sang, l'urine s'écoule ou bien en permanence, ou bien elle n'est expulsée que toutes les 2 ou 3 heures avec quelques matières sous forme de selles liquides (blessure vésico-rectale avec intégrité de l'anus).

Si l'anus est déchiré il y a écoulement d'urine et incontinence fécale permanente.

Le complexus symptomatique du syndrome péritonéal apparaît lorsque la grande séreuse péritonéale est ouverte et qu'existent des lésions vésicales multiples.

D'une façon générale, les lésions de la porte d'entrée ne donnent aucune idée des désordres vésicaux rectaux et péritonéaux.

Le toucher rectal est indispensable, il rend compte du degré de l'étendue des lésions, permet de constater les perforations vésicales et rectales.

Evolution

Vers la guérison spontanée (obs. 51 et obs. 50, Régoli).

Vers la guérison relative et l'établissement d'une fistule vésico-rectale qui peut guérir après intervention par voie périnéale (obs. 52).

Dans d'autres cas, mort rapide, due plus au traumatisme, hémorragie, shock et complications infectieuses, qu'à la fistule elle-même.

Fistules V. I. à la suite de la migration d'un calcul vésical

La symptomatologie de la lithiase vésicale peut rester latente et ne se traduire que par la symptomatologie de la fistule V. I. comme dans l'observation 58. Le malade avait une fistule vésico-sigmoïdienne, on fait une laparotomie on trouve une anse sigmoïde adhérente à la vessie, fermeture des orifices, la guérison n'est que partielle ; bientôt apparaissent des signes de lithiase vésicale, on fait la taille hypogastrique, on enlève des calculs et on obtient une guérison définitive.

Dans d'autres cas, il s'agit de lithiase vésicale diagnostiquée, non traitée, et qui se complique d'une fistule. L'intervention par taille hypogastrique amène la guérison comme dans les observations 53 et 54.

Dans d'autres cas (obs. 56) l'état général est tellement mauvais qu'on ne peut faire qu'un traitement palliatif : lavages vésicaux, antiseptiques urinaires, puis cystostomie avec ablation des calculs.

Citons le cas de Carlier (obs. 57) où la fistule a été opérée 27 ans après son apparition. La voie hypogastrique a amené la guérison rapidement.

Remarquons que malgré la durée des accidents il y a peu de retentissement sur les reins, il est très probable que les sphincters urétéraux constituent une barrière étanche et empêchent toute infection ascendante.

A titre de curiosité citons le cas de fistules V. I. par passage de l'intestin à la vessie d'un pinceau de boîte à couleurs, ce cas a été signalé par Jacommet (obs. 53).

Fistules rectales après prostatectomie sus-pubienne

Excessivement rares, il n'existe que 4 cas dans la littérature :

Le cas de Leguen ;
Le cas de Doré (obs. 59) ;
Le cas de Stark ;
Le cas de Boyer.

Dans les 2 premiers cas l'abstention a amené la guérison, dans les 2 autres cas l'intervention par voie périnéale a amené une issue fatale dans l'un d'eux.

Il faut rapprocher de ces observations le cas de Billroth où la fistule vésico-rectale est survenue à la suite d'une taille latérale.

FISTULES VÉSICO-INTESTINALES SANS CAUSE

Malgré les progrès des méthodes d'exploration, il existe des cas où il est impossible de mettre une étiquette sur la nature d'une F. V. I. témoin l'observation (n° 63) de Ferrier que nous avons pu recueillir dans le service de notre maître Chevassu.

Il s'agissait d'un malade âgé de 64 ans, qui avait une F. V. I. avec à la cystoscopie des lésions banales de cystite. Tous les examens successifs ont été négatifs.

Des soins antiseptiques banaux et un traitement antisyphilitique ont amené sinon la guérison, du moins une amélioration tellement grande que le malade est sorti sans présenter aucun trouble si ce n'est une légère pneumaturie.

Malheureusement le malade n'a pas été revu.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — (Thèse Blanquinque). (Résumée). *Catharre vésical. Diarrhée. Urines noires. Sous-nitrate de bismuth qui les colore. Fistule vésico-intestinale.*

Homme 79 ans. Devenu sénile. Vient consulter le 1er janvier 1869.

Il souffre d'un catharre chronique de la vessie, avec dépôt purulent dans l'urine ; il urine fréquemment. Son canal est rétréci

Souffre dans le bas ventre depuis un an.

Présente de la diarrhée.

Dans les premiers jours de janvier on donne au malade 4 grammes de sous-nitrate de bismuth et 4 grammes de *diascordium.*

Le 15 les urines sont *grisâtres.*

Le 21 les urines *sont noires, bourbeuses.*

A l'analyse chimique sous-nitrate de bismuth dans les urines Sous-nitrate transformé par l'acide sulfhydrique.

Le malade meurt quelque temps après dans un état général lamentable : diarrhée profuse.

Pneumaturie. Fécalurie Cystite intense.

Obs. 2. — H. Cripps. *Fistule vésico-intestinale.*

Dame mariée, sans famille, 69 ans. Bonne santé jusqu'à il y a 2 ans. A ce moment, douleurs abdominales, diarrhée parfois muqueuse et sanguinolente.

Il y a un an, urines sanguinolentes après douleurs subites.

Suit une excrétion d'une petite quantité de sang avec les urines tous les deux jours. Parfois la malade remarque dans son urine les *pellicules de fruits*. Enfin des matières fécales de très petite quantité passent de temps en temps par l'urètre. L'intervalle de leurs apparitions n'a jamais dépassé une quinzaine de jours. Ce symptôme est toujours accompagné, de plus ou moins de douleur ; parfois, seulement d'une sensation désagréable à la région vésicale. Maintenant il n'y a pas de cystite.

Dernièrement sa santé s'est améliorée considérablement et après quelques mois de séjour au lit, la malade peut se lever. Il n'y a pas de tumeur maligne à suspecter quoique dernièrement la malade avait attiré mon attention sur une tumeur en train de croître au sein droit.

Obs. 3. — A. Innes. (*Médical Presse and circulus,* 1896). *Une complication unique de la* fièvre typhoide. *Fistule vésico-intestinale.*

M. W., femme, tomba malade au mois d'août 1894.

Diarrhée, fièvre. La courbe de température pendant six jours me permit de porter le diagnostic d'une fièvre typhoïde.

Pendant toute la maladie il n'y eut pas de taches rosées.

La maladie était d'une sévérité moyenne. Comme complication, il n'y avait qu'une bronchite peu intense. La tempé-

rature fut prise par moi tous les jours, dans les 3e et 4e semaines deux fois par jour.

Dans ces deux semaines, elle oscillait entre 102°6 F. et 104. Une fois seulement elle était de 105° F , mais le lendemain la quinine et les enveloppements froids la firent tomber.

Le 29e jour, la température redevint normale et la malade semblait être guérie. Cet état persistait pendant cinq jours ; le traitement fut cependant maintenu (naphtol, bromure, sirop d'ammoniaque, alcool, lait). L'urine examinée de temps en temps ne contenait ni sucre ni albumine.

Le 6e jour récidive. La température normale (jusqu'à la fin de la maladie 102, 105°6). La diarrhée revient.

Naphtol β huit jours après le début de la récidive ; pleurésie gauche avec épanchement modéré. Digitale, strychnine. Pouls devient cependant très petit et parfois irrégulier ; on perçoit aussi un murmure systolique mitral avec signes de la dilatation du cœur. Dans la nuit elle délire ; l'état général laisse beaucoup à désirer, et dans la 3e semaine, il y a un peu d'hémorragie intestinale.

Mais justement avant cela le pied et la jambe gauche deviennent gonflés à cause d'un thrombus fémoral facile à sentir. La jambe droite présente le même symptôme 3 jours après. Le cœur va mal, malgré les stimulants cardiaques et l'alcool.

Le 22e jour de la récidive, je fus appelé immédiatement auprès d'elle, elle était presque mourante. Collapsus. T° Subnormale, pouls extrêmement faible. Elle avait été prise d'une douleur subite dans le ventre et de vomissements. Un peu de morphine la soulagea, mais en peu d'heures l'abdomen devint très distendu et douloureux. On lui donna de la glace à avaler et on la nourrit par lavement alimentaire.

A ma surprise la mort ne vint pas immédiatement et la malade lutta encore pendant six jours. Dans ce temps là des escarres se formèrent sur son sacrum, elle était en demi-dé-

lire jour et nuit. Morphine en doses petites et répétées. Lait et alcool par cuillerées à café.

Le 4e jour de cet état, les *urines contenaient des fèces*. La miction causait à la malade des douleurs mornes et des fèces et des gaz passaient abondamment par son urètre.

Mort 5 jours après.

Pas d'autopsie.

Obs. 4. — Naudot (*Abeille Médicale*, Paris, 1864).

Fistule entéro-vésicale chez un tuberculeux de 15 à 16 ans. L'existence de cette fistule fut révélée seulement peu avant sa mort, le jour où il rendit par l'urètre un lombric long de 20 à 25 cm.

Obs. 5. — Krachowizer (*The Médical record*, New-York, 1867).

Le sujet est un garçon qui, à l'âge de 8 ans, extraya lui-même de son urètre un ver encore vivant ; deux ans plus tard, le même accident.

Quelques années après, il rendit encore un ver long de 5 à 6 pouces qui fut reconnu pour être un *ascaride lombricoïde* et une substance graveleuse que l'on vit être des *grains d'airelle*. Pendant ce temps l'urine était claire. En dehors de quelques sensations pénibles le long de l'urètre et au périnée, à divers intervalles, le malade fut assez fort pour assister comme volontaire à plusieurs batailles, pour guérir d'une blessure reçue à une jambe.

Peu après arrivèrent les symptômes rationnels de calculs vésicaux. Les selles devinrent liquides, abondantes et fréquentes ; souvent elles ne pouvaient être retenues.

Ayant découvert des calculs dans la vessie, on pratiqua l'opération de la taille latéralisée, qui permit l'extraction de

cinq grandes et quatre petites pierres. Le malade mourut 5 jours après l'opération.

Autopsie. — On trouva l'appendice vermiforme enfoncé dans le petit bassin et fixé par des adhérences anciennes à la face postérieure et latérale de la vessie.

En pressant sur le côlon on pouvait faire sortir du gaz intestinal par l'ouverture vésicale de la fistule. Cette ouverture siégeait à un pouce de celle de l'urètre droit. Elle admettait une bougie de moyenne grosseur qui arrivait dans le cæcum en suivant la lumière de l'appendice. Le trajet fistuleux était long, anfractueux et fermé par une valvule qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

Obs. 6. — Broca (*Société Anatomique* de Paris, t. XXIII).

Entre pour fistule à l'anus. Rendait l'urine par la fistule, non pas d'une manière continue, mais seulement au moment où il urinait. On crut à une fistule recto-urétrale ; l'opération fut pratiquée mais 3 jours après infection purulente. Mort.

Autopsie. — La communication du rectum ne se fait pas avec l'urètre ; mais avec le bas-fond de la vessie qui présente en ce point une destruction de sa paroi, en même temps que des ulcérations et des clapiers nombreux. La capacité de la vessie est normale.

L'auteur décrit encore des lésions des épididymes qui sont probablement tuberculeuses.

Obs. 7. — P. Pilcher (Brooklin). *Fistules iléo et appendiculo-vésicales avec calcul de la vessie* (*The American Journal of Urology*, t. VIII, n° 7, juillet 1912, p. 367 à 391).

Un homme de 30 ans fait, en 1899, une crise violente d'appendicite aiguë qui est prise pour une colique néphrétique.

Dix mois après, hématuries, ténesme vésical et, un matin, expulsion de gaz par l'urètre. Un mois plus tard, douleurs dans la fosse iliaque droite et issue par l'urètre de deux caillots vermiformes décolorés. Lavages vésicaux. On découvre un petit CALCUL VÉSICAL qui est enlevé, en 1903, par la taille sus pubienne La pneumaturie et les douleurs de la fosse iliaque droite reparaissent. En 1905, le cathétérisme urétéral décèle une infection bilatérale à coli-bacilles. En 1906, une fistule intestino-vésicale s'est constituée : l'orifice s'ouvre dans la vessie, à 2 cm. au-dessus du méat urétéral droit

En 1910, laparotomie par P. L'appendice adhère par son extrémité dans la vessie et s'y ouvre. Résection de l'appendice. Suture de l'orifice vésical.

Pendant 4 jours, parésie abdominale et vomissements violents qui déterminent une éventration au niveau de la cicatrice

La pneumaturie ne cessa pas : le malade expulsait par l'urètre des peaux, des grains de raisins qu'il venait de manger deux minutes auparavant. Le malade demeura ainsi pendant deux ans

En 1912, nouvelle intervention. On trouve une fistule iléo-vésicale, large d'un centimètre et demi Suture de l'intestin et de la vessie. La suture vésicale est enfouie sous un lambeau épiploïque. Trois jours après, vomissements violents qu'une injection de 40 cm^3 d'hormanal fait cesser. Guérison.

Obs. 8. — BRUN : *Abcès de la cavité de Retzius par appendicite. Perforation vésicale. Mort. Autopsie.*

Garçon de 9 ans, présente une tuméfaction grosse comme un œuf de poule, dans la région hypogastrique droite. Douleurs intenses, mictions fréquentes douloureuses et peu abondantes. La tuméfaction augmente de volume, devient médiane et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous

de l'ombilic. Le pubis est douloureux à la pression. Température 38°5. Diagnostic posé : abcès de la cavité de Retzius d'origine appendiculaire. Intervention décidée. L'enfant endormi au moment où l'on se prépare à le sonder urine seul ; mais son urine est trouble, d'odeur fécaloïde et contient des grumeaux de pus. L'ouverture de l'abcès dans la vessie est évidente.

Laparotomie médiane qui laisse échapper un mélange de pus et de sang fétide, d'odeur fécaloïde et on se trouve en présence d'une poche du volume d'une mandarine, autour de laquelle existe une induration énorme de la paroi abdominale. Vomissements. Température 39°2. Mort le soir de l'opération, 20 jours après le début des accidents.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée 36 heures après la mort. L'abdomen est ouvert au moyen d'une incision curviligne, allant d'une épine iliaque à l'autre, en passant au-dessus de l'ombilic, de façon à obtenir un grand tablier que l'on puisse rabattre. Au moment où l'on incise le péritoine un flot de liquide séro-purulent s'échappe, l'épiploon adhérent à la face postérieure de la paroi abdominale est coupé ; la paroi est alors soulevée et permet d'apercevoir les anses intestinales baignant dans le pus. Leur surface péritonéale est rouge et dépolie, mais elle n'est pas recouverte de fausses membranes. La péritonite purulente généralisée paraît assez récente.

Dans le but de rechercher les rapports que l'appendice pouvait bien avoir avec toutes ces lésions, on enlève en une seule masse la partie de la paroi abdominale qui contient l'abcès avec la vessie, le cæcum et un certain nombre d'anses de l'intestin grêle qui adhèrent à la face postérieure de la paroi abdominale.

Le cæcum était absolument libre dans la fosse iliaque droite, ne présentant aucune adhérence, ni avec la paroi ni avec les autres anses intestinales.

On recherche alors l'appendice. Il part du côté externe du

cæcum, le contourne, se dirige en avant et en dedans de la ligne médiane, et son extrémité vient se perdre dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal.

Tout le corps de l'appendice est sain, libre, sans adhérences. Le doigt introduit dans l'abcès de la paroi abdominale, permet de sentir au fond et à droite de la poche une sorte de dépression, de diverticule qui répond au point où l'extrémité de l'appendice vient se perdre dans la paroi de l'abcès. Une sonde cannelée introduite dans ce diverticule pénètre très facilement dans l'appendice. Il y a donc perforation de l'appendice à son sommet et large communication de sa cavité avec la poche purulente.

Les anses de l'intestin grêle que l'on avait enlevées avec la masse de la tumeur, n'adhèrent que faiblement à la face postérieure de l'abcès et s'en laissent très facilement détacher ; mais en ce point existe une large perforation qui fait communiquer l'abcès avec la grande cavité péritonéale. Cet orifice se trouve situé au dessus et en dedans de la perforation appendiculaire.

La vessie est ouverte : elle contient du pus, ses parois sont très épaissies, surtout au niveau du sommet et de la face antérieure devant laquelle l'abcès descend assez bas. Sur la muqueuse se trouvent de nombreuses taches ecchymotiques. et c'est dans un de ces points ecchymotiques qu'a dû se faire la perforation, mais on ne peut l'apercevoir.

Quant à l'abcès lui même il est bien pariétal ; il est situé immédiatement derrière les muscles droits. Sa paroi postérieure est fermée en haut par le péritoine épaissi et le grand épiploon adhérent ; en bas par la face antérieure de la vessie.

Le reste de l'autopsie ne présentait rien de bien particulier ; tous les organes étaient très congestionnés, spécialement les poumons et les méninges ; les reins étaient nor-

maux, le foie et la rate déjà en décomposition cadavérique avancée.

Il nous reste un dernier point à signaler : c'est que, au moment de l'intervention, du pus de l'abcès a été recueilli dans une pipette stérilisée. Ce pus, à l'examen direct sur lamelles, s'est montré très riche en microbes de formes extrêmement variées semblant représenter toute la flore intestinale. En semence dans du bouillon et sur gélose, il n'a donné naissance à aucune colonie.

En résumé, l'autopsie nous a montré que la mort avait été déterminée par une péritonite purulente généralisée, consécutive à la perforation de l'abcès de la cavité de Retzius, abcès qui était lui-même sous la dépendance d'une appendicite perforante.

Obs. 9. — Aimé Guinard : *Appendice ouvert dans un abcès communiquant avec la vessie. Pyurie sans cystite. Intervention. Guérison.*

J'ai, en 1900, observé un appendice ouvert dans un abcès communiquant avec la vessie Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, à la suite de sa première crise d'appendicite, avait eu un abcès qui se vida dans la vessie au moment où son médecin, le docteur Margery, se disposait à m'appeler pour l'ouvrir. Chose bizarre, il ne se produit pas de symptômes de cystite. Le malade, quand je le vis, évacuait du pus et des gaz par l'urètre (miction musicale).

Depuis 6 semaines, l'état ne se modifiait pas, malgré les lavages vésicaux répétés, le benzonaphtol à l'intérieur, etc. On ne sentait plus aucun empâtement dans le ventre. Je diagnostiquai une fistule vésico-appendiculaire.

La laparotomie me montra que l'appendice est terminé en massue et à un centimètre de son extrémité, une

communication de largeur d'un pois existe avec un trajet induré aboutissant à la vessie, près et au-dessus de l'uretère droit. Sans toucher à ce trajet bien protégé par un magma d'adhérences comprenant une anse de l'iléon, j'excise l'appendice au niveau du cæcum ; je l'enlève en totalité et je termine en plaçant un drain au niveau de l'orifice fistuleux. Le dixième jour, il n'y avait plus trace de pus dans l'urine, sans qu'on eut fait le moindre lavage dans la vessie par l'urètre.

Obs. 10. — Davat : *Symptômes de périty phlite chronique. Phlegmon péri-utérin ouvert simultanément à l'extérieur, dans le cæcum et dans la vessie. Autopsie.*

Femme de 37 ans, jouissant d'une santé toujours bonne. A la suite de sa troisième grossesse, il y a deux ans, douleur dans la fosse iliaque droite ; empâtement douloureux à la pression. Alternatives d'amélioration et d'aggravation ; jamais la rémission n'a été franche. Palpation très sensible ; aspect cachectique Ouverture d'une collection purulente dans la fosse iliaque externe à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. La suppuration persiste jusqu'à la mort qui survient le 12 juillet 1873 (17 jours après l'admission).

Autopsie. — Dans la fosse iliaque droite, on trouve une masse dure recouverte par le grand épiploon dont le bord inférieur est adhérent à la tumeur elle-même. Sur cette tumeur se trouve la première portion du côlon ascendant ainsi que le cæcum et la dernière portion de l'iléon. Ces trois portions de l'intestin ont conservé, les unes par rapport aux autres, leurs rapports normaux et elles adhèrent à la tumeur par leur bord postérieur seulement. Si on ouvre ces trois parties d'intestin, on remarque que l'iléon et le côlon sont normaux ; le cæcum au contraire présente trois ou quatre

dépressions en doigt de gant et une ouverture qui communique, d'une part avec la vessie et d'autre part à l'extérieur. Cette communication se fait par un trajet fistuleux qui passe en avant du muscle iliaque en se dirigeant de bas en haut, et qui, parvenue sur le bord externe de l'articulation sacro iliaque, se recourbe pour se diriger de haut en bas et s'ouvrir dans la fosse iliaque externe après un parcours de 2 centimètres.

« L'ensemble de la pièce anatomique, ajoute l'auteur, paraît démontrer que l'appendice vermiculaire a été étranglé au-devant de l'ovaire par une fausse membrane, et que les matières contenues ont déterminé une phlegmasie chronique qui a fini par s'ouvrir dans la vessie, dans le cæcum et à l'extérieur. Nous avons trouvé dans le reste du péritoine et notamment sur le foie et le ligament large gauche des fausses membranes très développées, et il est probable que ce sont ces fausses-membranes, notamment celles qui partent du ligament large droit qui ont été la cause première de l'étranglement de l'appendice ».

Obs. 11. — Caraven et Caillet : *Perforations vésicales simples* (sans cystite). *Appendicite. Intervention. Fistule appendiculo-vésicale. Nouvelle intervention. Guérison.*

D. . Charles, 18 ans, employé de bureau. Entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans le service de clinique chirurgicale (Professeur Peugniez), le 23 octobre 1911.

Ce jeune homme a fait en août 1910 une crise d'appendicite. Il a été opéré le 10 septembre 1910 à l'hôpital de Ham (Somme) par son médecin, le docteur Duvivier pour un phlegmon appendiculaire Chloroforme. Incision en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il est sorti une grande quantité de pus. Le malade a été immédiatement très amé-

lioré, mais il a continué de suppurer. Six semaines environ après, il s'est aperçu qu'il rendait du pus dans ses urines en plus ou moins grande quantité suivant les jours, cela sans réaction vésicale (sans douleurs, sans pollakiurie). Pendant 6 mois on laisse des tubes à drainage. En février 1911, l'état de D... s'étant suffisamment amélioré, le malade est sorti de l'hôpital mais toujours avec une fistule cutanée et un peu de pus dans les urines. En septembre 1911 D... est revenu voir le docteur Duvivier qui lui a conseillé d'aller à Amiens se faire opérer de sa fistule vésicale.

Le 23 octobre 1911, le malade entre dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens : on trouve en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite une incision cicatrisée dans sa plus grande étendue. Cependant à sa partie moyenne on trouve une petite croûte qui recouvre un pertuis se dirigeant vers la profondeur. A ce niveau, la peau est adhérente aux plans profonds et on sent une induration qui témoigne de l'existence d'un trajet fistuleux iliaque.

Le reste de la fosse iliaque est souple. Au palper bimanuel de la région rénale droite, on ne sent rien d'anormal et le malade ne souffre pas. Il ne souffre pas sur le trajet de l'uretère droit. Du côté gauche, on ne sent pas non plus le rein, le palper de la région urétérale n'est pas douloureux.

Au toucher rectal, on sent une prostate normale, un bas-fond vésical non saillant et souple.

Examen cystoscopique. — Les orifices urétéraux sont normaux, mais en arrière de la région des deux uretères on constate une dépression allongée et entourée d'une zone très rouge, à droite, vers 7 heures ; à l'entour, la vessie est extrêmement irrégulière, rouge avec un dépôt trouble ; il y a là d'une façon manifeste une fistule.

Le reste de la vessie est normal.

A l'examen des urines on a trouvé des cellules épithéliales et des leucocytes.

Opération. L'intervention a été pratiquée par M. Caraven, chef de clinique. Le chirurgien fait une incision le long de l'épine iliaque antéro supérieure. Il découvre et suit le trajet fistuleux qui conduit à une vaste cavité à laquelle fait suite un diverticule en Y. La branche postérieure de ce diverticule se dirige vers la colonne vertébrale au devant de l'aorte et de la veine cave inférieure, la branche antérieure se tourne vers la vessie.

Pendant toute l'opération on n'a pas aperçu la vessie. Le péritoine, soigneusement protégé par des compresses, est ouvert ; on voit un appendice enflammé dont l'extrémité inférieure vient s'ouvrir dans la cavité en Y. On trouve dans l'abcès un calcul stercoral.

Pendant longtemps les urines restèrent troubles et purulentes, mais en décembre elles devinrent claires.

Le 8 décembre la cystoscopie ne donna plus aucun résultat.

Le 10 décembre, le malade sort du service, se considérant comme guéri. Il est néanmoins porteur d'une petite fistule cutanée. Le docteur Duvivier reçoit D... quelque temps après, la petite fistule cutanée persistait. Le malade ne s'en tourmente d'ailleurs pas et continue son travail.

Au 30 mai 1912, la petite fistule existait toujours. Quant aux symptômes de fistulation appendiculo-vésicale, ils n'ont pas reparu.

Le malade refuse une nouvelle cystoscopie.

Obs. 12. — Pauchet : *Abcès pelvien d'origine appendiculaire. Ouverture de l'abcès dans la vessie probablement après une dilatation de l'anus. Laparotomie. Drainage. Nouvelle intervention. Guérison.*

M. D... 37 ans, malade du Dr Trouvain (de Pierrepont). Tempérament sanguin, sujet robuste, a présenté

3 crises appendiculaires en novembre, décembre et janvier.

Il y a 15 jours, poussée de péritonite, température 38°, rétention d'urine, symptômes d'abcès ; est envoyé à la clinique du Dr Pauchet le 17 janvier 1909, tuméfaction le long de l'arcade crurale droite ; le toucher rectal fait sentir une masse indiquant nettement un abcès pelvien en arrière de la vessie. L'abcès paraît du volume d'une orange. Douleurs très vives au palper et au toucher. Le chirurgien décide de faire une incision rectale le lendemain matin.

18 janvier. — Intervention. Le sujet est endormi au kélène ; l'anus est dilaté ; le chirurgien touche la paroi antérieure du rectum et ne sent pas d'abcès. Il craint que la collection ne se soit ouverte dans le ventre pendant le transport du malade dans la salle d'opérations.

Laparotomie médiane faite immédiatement. On trouve du pus crémeux, verdâtre dans le ventre ; l'abcès s'est donc ouvert spontanément pendant le transport du malade ; lavage du péritoine à l'eau salée. La collection pelvienne est cherchée à l'aide du doigt. Un drain est placé dans la cavité. Le malade urine du pus pendant les jours suivants ; il sort également un peu d'urine par la plaie sus-pubienne. L'élimination du pus par la vessie dure environ 3 semaines. La plaie abdominale est fermée au bout d'un mois.

2e opération 3 mois après. Laparotomie médiane sur le plan incliné. Recherche de l'appendice qui est sectionné à sa base et disséqué de haut en bas. Sa pointe adhère à la vessie. On trouve encore du pus concret sous forme d'une masse crémeuse du volume d'une noisette. La surface cimentée de la vessie est comblée à l'aide de l'anse sigmoïde du côlon par 4 ou 5 points séparés.

Fermeture du ventre sans drainage en un plan au fil de bronze.

Guérison.

Obs. 13.— Moulonguet : *Appendicite. Cystite catharrale.*

C. 17 ans, atteint le 17 avril 1912 d'appendicite grave. Phénomènes péritonéaux généralisés (facies plombé, vomissements verdâtres, pouls petit à 130) qui fait craindre un dénouement mortel rapide. Amélioration des phénomènes péritonéaux et apparition les jours suivants d'une parotidite d'abord droite puis double qui, malgré les apparences de suppuration, guérit par résolution. Puis crachats hémoptoïques, submatité et souffle dans le poumon droit vers la pointe de l'omoplate, toux saccadée et pénible qui fait craindre une pneumonie septique. Pendant ce temps, le ventre s'affaisse, la paroi abdominale devient plus souple, l'empâtement se localise dans la fosse iliaque droite en même temps qu'apparaissent des envies très fréquentes d'uriner et des douleurs du méat au moment de la miction. Par le toucher rectal on trouve de l'empâtement péritonéal, mais pas de collection dans le cul-de-sac pelvien.

4 mai. Incision de la fosse iliaque, un verre de pus : la cavité de l'abcès paraît close et limitée. Le doigt l'explore et ne trouve pas de trajet vers le petit bassin. Drainage. Cessation complète des phénomènes vésicaux (douleurs et envies fréquentes d'uriner). Mais l'état général reste mauvais. Huit jours après, l'empâtement envahit la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal donne les mêmes sensations.

15 mai. Nouvelle intervention. Incision de la fosse iliaque gauche. Pus en abondance. Nouvelle exploration de la fosse iliaque droite. Ni d'un côté ni de l'autre on ne trouve de communication avec la cavité pelvienne et cependant elle est empâtée. Drainage ; j'effondre les adhérences, je pénètre dans le petit bassin. Il est plein de pus. Un drain plus gros que le pouce va de la paroi abdominale jusqu'à l'anus à travers le rectum incisé

18 mai. Le malade se plaint de nouveau de dysurie, de « pressements » et pendant une journée, il a des urines purulentes, des glaires épaisses, gluantes, collant dans le fond de l'urinoir ; ses urines ressemblent à celles des prostatiques atteints d'un vieux catarrhe de vessie. Le lendemain, après absorption de un gramme d'urotropine, les urines s'éclaircissent.

26 mai. Nouvelle dysurie, nouvelle apparition des mêmes glaires collanttes, visqueuses qui disparaissent au bout de deux jours et contre lesquelles on a encore donné de l'urotropine.

Il était permis en présence de ces phénomènes de se demander s'il ne s'agissait pas d'un épanchement dans la vessie du pus du voisinage. J'ai la conviction qu'il n'en est rien. Quand le pus est apparu dans la vessie, le drainage de l'abdomen était déjà complet, il n'y a eu aucun ralentissement dans l'écoulement des drains au moment où les urines sont devenues purulentes.

Enfin ce pus avait tous les caractères du pus des catarrhes de la vessie et ne ressemblait en rien au pus fétide qui coulait abondamment par les drains. C'est donc une cystite du voisinage et non une perforation de la vessie que nous avons observée.

Juin 1912. Le malade est encore en cours de traitement.

Obs. 14. — Pauchet (d'Amiens) : *Abcès pelvien d'origine appendiculaire ouvert dans la vessie. Intervention à froid, fermetures de l'orifice vésical.*

J. C.. , 6 ans, a présenté une première poussée d'appendicite en mars 1911. La crise a duré 5 ou 6 jours ; quelques douleurs en urinant ; pas d'émission de pus dans les urines. Deuxième crise en août 1911 ; la crise dure 15 jours et

s'accompagne d'un léger gâteau dans la région sus-pubienne.

La malade éprouve encore quelques douleurs en urinant, pas de pus dans les urines.

Octobre 1911. Crise plus violente, péritonisme, durée 4 semaines ; abcès pelvien ; celui-ci s'ouvre spontanément dans la vessie ; urines fétides pendant 3 semaines ; urines purulentes pendant 2 mois 1/2.

Le Dr Prévost (de Chauny), qui soigne la malade, l'envoie au Dr Pauchet (d'Amiens) deux mois après la fin de la dernière crise.

Etat actuel : digestions mauvaises, très souvent embarras gastrique ; symptômes d'entéro-colite ; selles glaireuses ; muco-membranes, ventre plat ; région de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite sensible à la pression.

Opération le 16 décembre 1911 par les docteurs Pauchet et Sourdat ; anesthésie à l'éther ; incision de Jalaguier : celle-ci est choisie parce qu'il y a eu des symptômes d'appendicite pelvienne et qu'il faudra probablement réséquer un appendice adhérent à la vessie.

L'incision de Jalaguier fait découvrir un appendice volumineux plongeant dans le bassin et complètement adhérent par sa pointe au sommet de la vessie. Section de l'appendice au niveau de sa base. Le moignon est enfoui, puis l'appendice est attiré de haut en bas et séparé peu à peu des adhérences à l'aide d'une pince à disséquer et d'une compresse. Finalement on arrive à sa pointe où on trouve encore du pus concret. L'adhérence de la pointe avec la vessie est complète. Section aux ciseaux ; attouchement à la teinture d'iode. Le point ulcéré de la paroi vésicale est enfoui sous un point en U au catgut ; par dessus on fait une greffe à l'épiploon.

Fermeture de la paroi en un plan sans drainage.

Obs. 15. — Pauchet : *Péri-appendicite. Incision iliaque droite. Abcès secondaire à gauche. Nouvelle incision. Accidents de cystite purulente. Guérison.*

Alice L.., Superbe fillette de 4 ans, a présenté un an auparavant une 1re crise d'appendicite qui dura 8 à 10 jours. Pendant les 3 dernières semaines de décembre 1898, elle présente des troubles d'embarras gastrique et un peu de diarrhée.

29 décembre 1898. Vomissements alimentaires, puis bilieux, puis nettement fécaloïdes et répétés ; le ventre se ballonne ; arrêt complet des matières fécales et des gaz; le docteur Senœl me demande en consultation. Je vois la malade le 2 janvier : la figure est tirée, les yeux cerclés de noir, le nez pincé, le pouls bat 130 fois à la minute, la température marque 39°5.

Au palper, le ventre est à peine sensible, ou du moins c'est à peine si à droite on constate un peu de défense musculaire pendant l'exploration Je propose une intervention immédiate.

Opération, 2 h. plus tard, à 6 h. du soir ; incision iliaque droite ; il sort un verre à vin à peine de pus fétide, directement sous-jacent à la paroi. Drainage. Pas de lavages pas de recherches du vermium.

3 janvier 1899. Disparition de tous les symptômes, pendant 4 ou 5 jours, la température remonte peu à peu jusqu'à atteindre 39°5 le soir, l'enfant accuse nettement une douleur vive au palper à gauche.

9 janvier J'agrandis ma première incision, je décolle les anses intestinales à l'aide du doigt et je vide un énorme abcès siègeant à la fois à gauche et dans le petit bassin. Drainage.

10 janvier. L'état général s'améliore, mais la température oscille toujours entre 37°6 et 38°8. Douleurs pendant la miction et chaque fois que des gaz circulent dans l'intestin.

20 janvier 1899. Douleurs atroces en urinant ; urines purulentes. Température de 37°5 à 38°5. Laparotomie médiane, décollement de la vessie, un peu de pus concret ramené au bout du doigt, mais pas de foyer. Drainage sus-pubien et rétrovésical. Lavage de la vessie deux fois par jour pendant huit jours. La température ne tombe à la normale que le 29 janvier.

Janvier 1900. N'a plus jamais rien eu, état florissant de santé, jamais de douleurs, pas d'éventration.

Obs. 16. — Caraven (d'Amiens) : *Perforation après intervention pour appendicite à froid. Intervention pour appendicite à froid ; fistule appendiculo-vésicale. Guérison spontanée de cette fistule. En réalité coudure de l'uretère droit, néphrectomie, guérison de la malade.*

Germaine L..., entre fin février 1910 à la clinique du docteur Caraven, à Amiens.

Cette femme malade a une bien triste histoire. Elle a été opérée, il y a quelques années, pour « appendicite ?? ».

Mais les douleurs qu'elle présentait ne cédèrent pas à cette intervention et d'autre part, les urines jusque-là claires devinrent troubles et même purulentes. En présence de ces symptômes, douleurs à droite, urines troubles et par instant anurie passagère, on porte le diagnostic d'affection du rein droit et on fait une néphrotomie droite ; on ne découvre rien d'anormal, on décortique le rein et on draine ; la plaie cutanée est fermée un mois après L'état de la malade n'est en rien modifié.

Il s'est développé dans la suite un œdème du membre inférieur droit qui a été vraisemblablement une phlébite légère Quelque temps après, pour des phénomènes d'anurie passagère on incise et on décortique le rein gauche sans amener non plus d'amélioration.

J'ai été amené à voir cette pauvre malade en février 1910 appelé en consultation par le docteur Quertaut. Ce qui me frappe, c'est que les douleurs pour lesquelles on l'a opérée, ont persisté malgré ces interventions qui n'ont en rien été modifiées par elles. Ces douleurs affectent la forme de crises ; elles ressemblent de façon typique à des coliques néphrétiques banales.

La malade « se tord dans son lit quand ça la prend ». Cette douleur s'irradie à la partie interne de la cuisse. Pendant qu'elle souffre, elle n'urine pas ; les douleurs passées, tout rentre dans l'ordre, jusqu'à la prochaine crise Il n'y a jamais eu d'hématurie. Je soupçonne donc des coliques néphrétiques banales par gravelle du côté droit et je fais venir la malade à ma clinique. Cystoscopie : la vessie est vaste (3 seringues de Guyon).

Je remarque dans le bas fond vésical une poussière : blanche, composée de mucus en grande partie, mais aussi de petits graviers véritables (la malade eut 3 jours auparavant une crise douloureuse). Les orifices urétéraux sont absolument normaux, mais l'index du cystocope étant à 10 h. 1/2 ou 11 heures je constate un fait des plus intéressants. Tout d'abord, je vois une grande bande sombre verticale (l'extrémité du cystoscope est alors très près de la paroi vésicale). Puis, éloignant le cystoscope de la paroi vésicale, j'aperçois une tache noire qui est manifestement un diverticule vésical.

Dans le fond, d'ailleurs très mal éclairé, je n'aperçois pas d'orifice J'y promène l'extrémité d'une sonde urétérale qui ne s'engage dans aucun orifice. Il me paraît qu'il s'agit là d'un diverticule d'origine cicatricielle, dû à la perforation dans la vessie d'un abcès consécutif à l'appendicectomie subie au début par la malade. Après l'opération la malade a en effet beaucoup souffert, cela pendant quelques jours, puis, subitement, elle a uriné du pus, et les douleurs ont disparu. L'écoulement du pus s'est tari peu à peu. C'est bien là l'his-

toire d'une rupture intravésicale d'abcès. La cicatrice rétractile, qui est résultée de l'oblitération progressive de la poche, aurait créé au niveau de la paroi vésicale un diverticule de traction (constaté au cystoscope).

Ceci paraît confirmé par l'absence de lésion du rein droit constatée à l'opération qu'on a faite, à l'absence complète, actuellement de rougeur autour du méat urétéral droit, par l'intégrité absolue de cet orifice qui prouve que le rein n'a jamais été atteint. Il faut noter aussi que la situation du diverticule vésical est bien à droite dans la direction du détroit supérieur.

Je conclus que cette malade est atteinte de coliques néphrétiques par lithiase banale, qu'elle a été opérée inutilement pour appendicite et pour lésions rénales droite et gauche. Je conseille au médecin de soumettre la malade à un régime alimentaire spécial, hydro-minéral approprié (Vittel, Martigny).

Ce régime n'améliore en aucune façon la malade, et fin avril, je la revois. Elle a encore des douleurs pénibles, survenant sous forme de crises s'irradiant dans le bas ventre et la cuisse. Le rein droit abaissé est gros et douloureux. La malade dit que quand elle souffre, les urines sont claires ; elles sont troubles quand elle ne souffre pas. La rétention d'urine est fréquente.

Cystoscopie, cathétérisme de l'uretère droit. La sonde est introduite à 26 centimètres, il n'y a pas de rétention dans le bassinet, la capacité de celui-ci est normale : la sonde laissée en place pendant trois quarts d'heure n'a rien donné. A quoi sont dues les douleurs présentées par la malade ?

A une névralgie abdomino génitale. Oui mais sous les dépendances d'une affection rénale ou urétérale, car elles sont très vives, beaucoup plus vives que dans les névralgies pures, sujettes à des crises, et le rein est abaissé, gros, douloureux : je conclus à des douleurs par coudure urétérale.

Opération. Incision rectiligne classique. Le rein adhérent est incisé en même temps que les muscles. Dès que je l'aperçois je cherche à le libérer ; c'est très difficile en dehors, car il est fusionné avec la cicatrice : je libère le rein de bas en haut ; le pédicule trouvé, je fais l'isolement et la ligature de l'uretère, puis l'isolement et la ligature de l'artère, enfin de la veine ; l'hémostose est parfaite ; suture.

Les suites de l'intervention furent bonnes.

La malade sort de la clinique se considérant comme guérie. J'ai revu la malade le 3 juin : elle est complètement guérie.

Obs. 17. — Allan A. P. (*British Med. Journal,* London, 1900.)

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans. *Appendicite* suivie de formation d'une collection purulente qui s'est ouverte dans la vessie. Traitement. Lavages de la vessie avec la solution de Sanitas (4 jours) puis avec une solution de chinosol. En même temps administration d'urotropine. Au bout d'une semaine l'urine est moins fétide. Lavages vésicaux tous les 2 jours. Enfin, l'urine ne tarde pas à redevenir normale et tous les phénomènes disparaissent. *Guérison.*

Obs. 18. — Appuhn. Maximilien Henry. *Appendicite à diagnostic difficile, postérieure à un accouchement suivi de phénomènes puerpéraux. Pyurie. Laparotomie. Fistule appendiculo-vésicale. Guérison.*

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans qui eut un accouchement à terme le 23 décembre 1902, d'un fœtus mort et macéré. Accidents puerpéraux. Le 1[er] février, poussée d'appendicite, avec phénomènes de cystite sans aucun signe de fistule vésico-intestinale. Le diagnostic porté fut celui

d'annexite suppurée avec formation d'une collection purulente péri-annexielle ouverte dans la vessie.

24 avril. Opération : chloroformisation. Position de Trendelenburg. Incision de la paroi. On aperçoit un cordon du volume d'un crayon ordinaire, partant du cæcum pour venir aboutir à la vessie, qui adhère à l'utérus et aux annexes droites. Ce cordon est dur, irrégulier ; il passe immédiatement du dessus au fond de l'utérus sans contracter d'adhérence avec cet organe.

Il est absolument impossible d'isoler la vessie de l'utérus ; les adhérences sont anciennes. On reconnaît cependant l'ovaire droit qui, en apparence, est sain.

Les annexes gauches sont saines. Le cordon dur n'est autre que l'appendice allongé et augmenté de volume adhérent par son extrémité à la vessie.

Un fil est mis à la base près du cæcum et permet la section de l'appendice. Enfouissement du moignon après désinfection au thermocautère. Section de l'extrémité adhérente après la pose d'un fil le plus près possible de la paroi vésicale. Désinfection au thermo du point d'implantation. Fermeture de la paroi abdominale. Guérison.

Obs. 19. — Stone (cité par Person).

Femme de 59 ans. Appendicite. Production d'un abcès apparu dans la fosse iliaque droite. Après 3 semaines phénomènes de cystite aiguë, suivie de l'évacuation d'une énorme quantité de pus par la vessie. Opération :

Résection de l'appendice qui est adhérent au mésentère au dessus de la partie supérieure droite de la vessie. L'appendice était par son extrémité en contact direct avec le tissu cellulaire péri-vésical, immédiatement au dessus de la vessie.

Remplie avec une solution de bleu de méthylène, la vessie

fut trouvée intacte, l'orifice de communication s'était fermé spontanément. Drainage.

Guérison rapide en 2 semaines.

Obs. 20. — Person : *Appendicite suppurée ouverte dans la vessie. Guérison spontanée.*

Il s'agit d'un jeune homme de 24 ans qui entre à l'hôpital civil de Versailles le 2 janvier 1905 pour appendicite après avoir été soigné chez ses parents depuis le 25 décembre 1904.

Aussitôt son entrée, il est examiné par M. le Dr Broussin, qui a « appendicite suppurée ». On constate un empâtement remontant jusqu'à un travers de doigt au dessus de l'ombilic, s'étendant également à un travers de doigt au delà de la ligne blanche. Au toucher rectal, on sent une masse dure dans la fosse iliaque droite refoulant le rectum de côté. Vers 11 heures du matin, le malade est pris subitement de douleurs atroces qui se terminent après l'évacuation par le canal de l'urètre de 380 grammes d'un liquide purulent d'odeur fécaloïde.

L'examen microscopique décèle non seulement des globules de pus, mais aussi des morsures fécales.

On pratique plusieurs lavages de la vessie avec de l'eau bouillie.

Le 7 janvier, le toucher rectal ne donne plus rien, le ventre n'est plus douloureux à la pression. Les urines sont redevenues tout à fait claires.

A partir du 8 janvier, on ne lui fait plus aucun lavage et le malade sort complètement guéri le 30 janvier 1905.

Obs. 21. — Cadwallader R. *(Journal Am. Med. Ass. Chicago (1909). Fistule permanente appendiculo-vésicale.*

Une jeune fille de 20 ans qui, à l'âge de 12 ans, ressentit des douleurs vésicales et remarqua une quantité considéra-

ble de muco-pus mélangé à l'urine. La douleur était plus intense au moment de l'évacuation intestinale. En outre, elle eut pendant quelques années des coliques abdominales paraissant être une attaque d'appendicite aiguë qui l'obligeaient à garder le lit. Trois ans environ après, des matières fécales furent remarquées pendant longtemps dans ses urines. Habituellement c'était des *pépins de fruits*, des pellicules, des grains ou des débris de muco-pus de couleur brune. Au même moment, les gaz passaient brusquement avec l'urine et elle sentait sûrement que pendant longtemps les urines passaient par l'intestin.

- La cystoscopie faite, nous remarquâmes une tache sur le bas-fond, qui pouvait être une ouverture. Ici se trouvait une partie noire d'une tache dans le voisinage de laquelle les tissus étaient enflammés.

Opération le 3 janvier, avec l'assistance du Dr Campbell-Fond, j'ouvris l'abdomen et trouvai d'abord une forte adhérence de l'iléon au bas-fond, qui fut soigneusement séparée, mais qui ne communiquait pas avec la vessie.

Au dessous, nous trouvâmes le type de l'appendice adhérent à la vessie. Le type était incrusté dans la paroi et ne semblait former qu'une partie. Il était d'environ 7 cm. de long et d'un diamètre uniforme.

Les succès furent simples. On coupa une couche péritonéo-musculaire sur la ligne médiane ; le morceau et l'abdomen furent fermés par la suture de Fond. La fermeture fut sans importance et la malade quitta le lit une semaine après.

Obs. 22. — Duplay, *Bulletin médical*, 1899.

Obs. d'une femme atteinte d'une hématocèle ou de tuberculose péritonéale suppurée ouverte dans l'intestin et dans la vessie.

Obs. 23. — Livingstone Donald (*British Méd. Jour.* London, 1902). *Cas de colotomie pour fistule recto-vésicale avec rétrécissement du rectum. Colpotomie, colectomie et entérorraphie circulaire.*

Mme Vve B., âgée de 41 ans, mariée à 27 ans, sans famille, fut admise en mars 1900. Elle était atteinte d'*inflammation pelvienne* qui se termina par un abcès s'ouvrant en même temps dans le rectum et la vessie. En janvier 1899, elle remarqua que les matières fécales passaient dans la vessie et étaient expulsées avec l'urine ; des gaz passaient en même temps par l'urètre.

Elle avait souffert violemment jusqu'à son entrée à l'hôpital et avait constamment recours à l'opium et aux piqûres de morphine pour calmer ses douleurs.

Au moment de son admission à l'hôpital elle était flétrie et amaigrie, se plaignant de douleurs au pubis. Les mictions étaient très fréquentes et, en conséquence, le sommeil était agité. L'urine était épaisse et trouble avec réaction alcaline, chargée de pus et d'albumine, elle présentait en même temps un peu l'apparence des selles typhiques avec une odeur fécale très marquée

L'examen du rectum très douloureux, révélait l'existence d'une extrême contraction de l'intestin à 7 ou 8 centimètres environ de l'anus, dû évidemment à l'inflammation établie dans le cul-de-sac de Douglas.

Une bande cicatricielle proéminente, passant sur la paroi de l'intestin, pouvait être sentie au toucher. La muqueuse du rectum apparut saine et sans aucune lésion.

L'examen vaginal montra que l'utérus était absolument immobile et que la partie postérieure du pelvis était fermée par adhésion.

1re opération. — Une colotomie fut faite le 28 octobre.

2e opération. — La bande cicatricielle fut séparée par une colpotomie, drain et irrigations vaginales.

Il y eut plusieurs séances de dilatation anormale avec des bougies de plus en plus grosses.

La malade fut guérie le 24 novembre.

Elle fut admise à l'hôpital pour la 3e fois en mars 1901 pour qu'on lui fermât l'anus artificiel.

3e opération. — Entérorraphie circulaire du 12 avril. Environ 7 à 8 centimètres du côlon sigmoïde fut réséqué.

Les suites de cette dernière opération furent très bonnes. Les troubles fistulaires ne se manifestèrent plus et la femme sortie guérit de l'hôpital.

Obs. 24. — Walther : *Fistule intestino-vésicale ; guérison.* (*Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris,* 1903, t. XXIX, p. 314-324). *F. V. I. suite de suppuration pelvienne.*

La malade est une femme de 54 ans, robuste, de bonne santé habituelle, mariée à 40 ans. A l'âge de 46 ans, elle ressentit des douleurs abdominales, pour lesquelles elle consulta un médecin. Ce dernier constata la présence d'une tumeur pelvienne et fit le diagnostic de fibrome. Pendant 2 ans de suite, on traita ce fibrome par l'électricité.

En 1899, à la suite d'une chute dans un escalier, se déclara une péritonite, qui fut suivie de douleurs pelviennes continues, pendant un an. Au mois d'août 1900, après une crise plus vive de douleurs, des gaz et des matières fécales passèrent dans la vessie, et cette émission de matières mélangées à l'urine devenant de plus en plus abondante, la malade entra au mois de novembre à l'Hôtel Dieu dans le service du Professeur Duplay.

L'écoulement des matières intestinales était très abondant et avait provoqué une cystite intense horriblement douloureuse. On commença par faire faire de fréquents lavages de la vessie, qui calmèrent un peu les douleurs et on attendit assez longtemps pour voir si la fistule ne tendrait pas à se

rétrécir. On hésita d'autant plus à intervenir qu'on n'avait aucune notion sur le siège de la fistule intestinale. L'exploration du bassin montrait non pas un fibrome utérin, mais bien une masse compacte de péritonite, emplissant complètement toute la cavité pelvienne et englobant l'utérus et ses annexes dans une gangue d'une dureté ligneuse. Cependant, aucune modification ne se produisant, les matières passant toujours en aussi grande abondance, on se décida à intervenir.

L'opération fut faite le 20 février 1901. La laparotomie médiane conduisit sur cette masse, complètement adhérente, soudée à tout le bassin et dans laquelle il était impossible de reconnaître ni utérus, ni annexes ni intestin.

Libérant peu à peu les anses intestinales visibles adhérentes au dôme de ce bloc pelvien, on arriva, avec de très grandes difficultés, à évider pour ainsi dire le centre de la masse, à enlever par fragments l'utérus, à libérer progressivement la vessie, à la rejeter en avant, et à réséquer les débris des annexes, et, plongeant par ces morcellements successifs dans le fond du bassin, on trouva, à gauche, une petite cavité à parois fongueuses qui sembla correspondre au trajet intermédiaire à la vessie et à l'intestin

Malgré toutes les recherches il fut impossible de découvrir l'orifice vésical de la fistule ni même l'orifice intestinal.

On fit un très large tamponnement et un bon drainage sur le fond du bassin, entre la vessie et le rectum, et on referma le ventre.

On espérait ainsi obtenir soit la fermeture complète des deux orifices fistuleux, soit tout au moins la transformation de la fistule en une fistule intestino-cutanée.

La malade supporta bien cette très pénible opération qui avait duré deux heures.

Au bout de quelques jours, les matières passèrent par le drainage abdominal et les urines restèrent claires.

On espérait qu'avec le temps la fistule stercorale cutanée se

fermerait d'elle-même comme cela arrive souvent en pareil cas.

Il n'en fut rien. Pendant plusieurs mois la malade eut des alternatives d'émission plus ou moins abondante de matières.

Au mois d'août 1901, l'orifice cutané s'étant rétréci par suite d'un drainage insuffisant, il y eut un peu de rétention, et de nouveau, des gaz et un peu de matières passèrent dans la vessie.

Au mois d'octobre, on dilata le trajet, on nettoya le fond de la cavité, et, grâce à un large drainage, tous les accidents s'amendèrent.

Il passait seulement, de temps en temps, des gaz dans la vessie, rarement des matières.

Au mois d'octobre 1902, elle rentra dans le service et après l'avoir soumise à une dilatation plus large du trajet, on décida d'intervenir pour tâcher cette fois de trouver l'orifice intestinal.

L'opération fut faite le 17 décembre Large incision médiane après curettage et nettoyage, aussi soigné que possible de la portion superficielle du trajet fistuleux. On isola ce trajet et on disséqua jusque dans la profondeur, en se guidant sur une sonde introduite dans sa lumière et sur une autre sonde mise dans la vessie. On arriva ainsi à le séparer de la vessie et à le suivre à gauche jusqu'au voisinage de la portion supérieure du rectum, où il plongeait dans une sorte d'entonnoir aboutissant à l'intestin.

Cette dernière portion fut grattée soigneusement à la curette sans qu'il fût possible, à cause des adhérences, de songer même à suturer l'intestin

Plus haut, on trouva une très large fistule, siégeant sur une anse d'intestin grêle qui avait été décollée, laborieusement disséquée et relevée au-dessus du trajet. L'état de l'intestin était tel, sa paroi si friable, si saignante, si bourgeonnante qu'il parut impossible de faire une suture ni

une résection, avec anastomose latérale ou terminale. On sectionna transversalement l'intestin, au niveau de cette perte de substance, et, après avoir libéré sur une longueur de 5 à 6 centimètres le bout supérieur, on l'engagea dans le bout inférieur, dont la muqueuse avait été, sur une hauteur de 2 centimètres environ, abrasée avec les ciseaux pour avoir une assez large surface d'affrontement. Quatre points de catgut en U fixèrent cette invagination ; on a dû les serrer avec grands ménagements, à cause de la friabilité extrême des parois. Un surjet superficiel consolida cette suture. L'abdomen fut fermé avec un tamponnement et un large drainage plongeant dans le bassin jusqu'au niveau de la fistule rectale.

L'opération, très laborieuse cette fois encore, avait duré près de deux heures.

Au bout de 3 jours les matières passèrent par la plaie.

L'écoulement fut pendant quelque temps très abondant. Il diminua peu à peu, il ne resta plus qu'une fistulette à écoulement intermittent, et enfin, vers le milieu du mois de février, deux mois après l'intervention, la cicatrisation était complète.

Obs. 25.— Bureau (E) et Pasquereau (*Gaz. méd. de Nantes* 1909 ; 2e F. t. XXVII, 608-611) *Fistule vésico-intestinale.*

Marie H... 29 ans, journalière, mère d'une enfant de 10 ans, se présente à la consultation externe au commencement de mars 1909, se plaignant de souffrir en urinant, et de rendre des matières dans ses urines. Elle consent à entrer à l'hôpital.

Cette femme ne s'est jamais connu de maladie grave jusqu'en 1901 (il y a donc 8 ans). A cette époque, elle est opérée, à St Nazaire, de salpingite double. Les suites opéra-

toires furent bonnes ; à noter cependant un abcès du cul de-sac de Douglas, qui fut ouvert 11 jours après l'opération. Tout rentre dans l'ordre jusqu'en décembre 1905, c'est-à dire il y a 4 ans. A ce moment, elle consulte M. E. Bureau, parce que ses mictions sont douloureuses et qu'elles sont accompagnées de la sortie, par le méat urétral, d'un fil de soie.

M. Bureau constate, en effet, l'issue d'une boucle de fil et, au toucher vaginal, d'une masse dure, rappelant un calcul et ne pouvant s'engager dans le col vésinal. Il fait une dilatation de l'urètre aux bougies de Hégar et réussit à extraire un fil de soie, qui présente une boucle antérieure et deux chefs postérieurs, lesquels sont perdus dans un calcul de la grosseur d'une noisette.

La conclusion était que le fil de soie provenait d'une ligature de pyosalpynx, et qu'à la faveur d'un abcès il était tombé dans la vessie, puis s'y était incrusté de sels calcaires.

Après cette intervention tout redevient normal jusqu'en août 1908.

La malade ressent de nouveau des douleurs en urinant et ses mictions sont fréquentes. De plus, elle est fort surprise de rendre, en urinant, des gaz qui ne viennent point du rectum et de constater qu'après certaines mictions sa chemise est souillée de matières qui provenaient manifestement du méat urinaire. Elle ajoute que parfois, lorsqu'elle est couchée, il lui sort par le rectum du liquide ayant l'odeur d'urine.

Elle prétend enfin qu'un fil lui sort comme la première fois.

La malade ne vient consulter que 6 mois après cette malheureuse surprise, en février 1909. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, le 21 février.

L'examen entier de l'appareil génito-urinaire ne révèle rien.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'un petit utérus ; le rectal est négatif.

L'examen au spéculum et aux valves rectales ne donne aucun renseignement. Les urines sont troubles et fétides. On y voit des débris ressemblant à des matières fécales. Elles sont soumises à l'examen de M. le Dr Fortureau, qui constate que les urines contiennent du pus et des matières fécales.

L'examen cystoscopique ne décèle pas le fil dont parlait la malade, mais on remarque une petite surface sombre, dont les contours sont peu délimitables, mais dont la zone vésicale environnante est très vascularisée. On peut supposer que là est la fistule.

La cystoscopie, refaite par M. le Dr Malherbe, conclut de nouveau à une fistule, située, très probablement, sur la face latérale gauche de la vessie.

D'après ce tableau symptomatique, on conclut à une fistule vésico-intestinale intra-péritonéale.

Une laparotomie fut faite, le 10 mars, avec l'assistance de M. E. Bureau. Les trompes et les ovaires ont été enlevés des deux côtés. L'utérus, petit, est en position normale. A gauche, entre la vessie et le côlon pelvien au-dessus du ligament large gauche, existent des adhérences très pénibles à dissocier, au milieu desquelles on découvre un petit trajet fistuleux, long de 1/2 centimètre environ, de la grosseur d'une plume de poule. Malgré les conditions défavorables, l'intervention radicale, c'est-à dire la séparation des deux organes et leurs sutures, fut décidée.

Après section de l'adhérence fistuleuse, on fit la suture du côlon et celle de la vessie (on s'appliqua à bien adosser à la Lembert les tuniques séreuses, afin d'enfouir les orifices fistuleux).

Une sonde de Malicot est laissée à demeure dans la vessie.

Un drain est plongé dans le Douglas et sort par l'extrémité inférieure de la plaie.

Suture en 3 plans de la paroi. Les suites opératoires sont parfaites. Pas de température. Les urines recueillies dans l'urinal ne contiennent plus de matières. La sonde à demeure est enlevée vers le 10e jour et la paroi décousue le 12e.

L'opérée a continué à avoir des urines très claires. Elle présente simplement une petite fistulette de la paroi, nullement suspecte, qui se rétrécit rapidement.

Obs. 26 (résumée). — H. Beach (*Annals of Surgery*, 1896).

Femme de 62 ans entrée pour fécalurie, pneumaturie.

Au palper on trouve une résistance ferme et profonde à la jonction de la région ombilicale et iliaque gauche. Laparotomie. On trouve une masse dure comme de la pierre et grosse comme un œuf de poule et attachée fortement à la paroi postérieure de la vessie.

Cette masse par sa face postérieure adhérant par une surface circulaire de 1/2 cm. de diamètre à 1 cm. de l'iléon à peu près à 2 cm. au dessous du cæcum.

Guérison.

Examen histologique : Au niveau de la partie non calcifiée on trouve des glandes tubulaires doubles d'un épithélium cylindrique, semblable à celui de l'intestin grêle : structure qui correspond le mieux au diverticule de Meckel.

Obs. 27. — Morisson A. (*cité par Pascal*).

Il s'agit d'un malade J. B. docteur en médecine, 50 ans. Au mois de septembre 1874, le malade alors âgé de 47 ans remarqua un malaise rectal après la miction. Plus tard le malade eut des rejets de gaz par l'urètre et émission des ma-

tières fécales par les urines. Au mois de décembre 1878, se déclara un abcès au périnée, accompagné d'un état général grave. Le 27 décembre, incision de l'abcès suivie d'un état de bien-être, mais qui ne dura que quelques jours. Le malade mourut le 2 janvier 1879.

Autopsie : Thromboses veineuses multiples, l'anse sigmoïde est épaissie et rétrécie. Au point de réunion de la 1re et 2e portion du rectum, rétrécissement admettant à peine l'introduction du bout du petit doigt. Au dessus et au dessous, l'intestin est aussi rétréci, en tout sur l'étendue de 3 cm. A ce niveau et dans la région avoisinante la muqueuse a plusieurs diverticules profonds. Tous sont fermés, excepté un. Celui-ci est ulcéré et perforé à sa partie la plus profonde ; à travers cette perforation, le doigt entre dans une poche entre le rectum et la vessie. Cette poche est grande comme une noix, elle communique avec la vessie moyennant un orifice situé à la distance de 2 cm. du canal prostatique. Les parois sont formées manifestement par le tissu cellulaire recto-vésical enflammé. La muqueuse vésicale est d'un gris ardoisé. L'organe contient une quantité de mucus purulent.

Prostate normale. Dans la portion membraneuse de l'urètre, une large perforation grosse comme un noyau de cerise communiquant avec le sac incisé du vivant du malade.

Obs. 28. — Herczel (*Pesther Med. Chirurg. Presse*, 1890 (cité par Pascal).

Chez un homme porteur d'une fistule vésico-rectale, l'auteur a tenté une laparotomie. Il est arrivé à décoller le rectum d'avec la vessie, ce qui lui permit de constater sur chaque organe un trou de 3 millimètres de diamètre, dont il ne put aviver les bords à cause de la profondeur à laquelle il opérait, mais qu'il parvint à suturer à la soie. Drain de la

plaie abdominale qu'on enlève au bout de 4 jours. Au bout de neuf jours, issue de pus et de matières fécales par la plaie à l'endroit où était le drain. Matières fécales dans l'urine. Deux mois plus tard, colotomie. Le bout inférieur de l'S iliaque est suturé, le bout supérieur est fixé au dehors : mort du malade au bout de 8 jours.

La fistule était due non à un cancer comme on l'avait cru avant l'opération, mais à la perforation dans la vessie d'un des nombreux DIVERTICULES que présentait le rectum.

Un seul cas semblable, au dire de Herczel, existerait dans la science : ce serait celui de Sydney Jones.

Obs. 33. — HEPNER (*cité par Heine W.*)

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans, qui, quatorze mois auparavant, après un effort et un refroidissement, eut de la fièvre, des vomissements et des douleurs dans tout le corps.

Quelques semaines après, elle ressentit des douleurs vésicales, des difficutés à la miction et eut des rejets de gaz par l'urètre. Ses urines devinrent très troubles.

L'examen microscopique montra la présence de nombreuses bactéries, des cellules végétales et des fibres musculaires. A l'examen cystoscopique on constata une tache noire de 1 cm. environ sur la paroi postérieure de la vessie près du bas-fond. Pendant cet examen on avait vu des bulles d'air qui pénétraient dans la vessie par cette tache.

La laparotomie sous ombilicale fut faite le 10 octobre 1902 Incision longitudinale et une autre transversale dans le tiers inférieur de la plaie, pour mieux exposer le rectum. L'S iliaque était attaché à la face postérieure de la vessie par quelques adhérences. Pas de tumeur ni de signes d'inflammation du mésentère.

La communication intestino-vésicale est formée par l'S iliaque (à 12 cm. du rectum) et la paroi postéro-inférieure de la vessie.

Elle est réalisée par l'intermédiaire d'un organe cylindrique long de 2 cm. 1/2 qui fait l'impression d'un *diverticule intestinal.* Cet organe fut coupé entre 2 fils avec le thermo.

On ferma la plaie intestinale et vésicale séparément par une suture en bourse et une autre suture séro-séreuse.

Fermeture de la paroi abdominale, drain de gaze iodoformée au voisinage de l'ancienne fistule. Enlèvement des fils et du drain huit jours après l'opération Guérison.

La cystoscopie montra la cicatrisation progressive de l'orifice fistuleux.

L'examen de l'organe extirpé montra qu'il s'agissait d'un diverticule acquis et qui était constitué par la muqueuse et la séreuse intestinale ; la musculeuse n'existait plus.

Obs. 34 — Waldoogel (cité par Heine).

Il s'agit d'un docteur en médecine O. D. V. qui tomba malade à l'âge de 35 ans, pendant l'hiver 1877-1878. Les premiers symptômes furent des difficultés de mictions, des douleurs rectales, de la diarrhée et du rejet des glaires par l'anus. Examiné dans la clinique de Göttingen on constata un rétrécissement de l'urètre (vestige d'une blennoragie que le malade avait eu vingt ans auparavant) et une insuffisance aortique. Il sort de l'hôpital l'état amélioré.

En 1892, le malade commence de nouveau à souffrir. Il sent de la pneumaturie et ses urines qui étaient claires deviennent troubles.

Elles étaient mêlées aux matières fécales et contenaient du pus et des traces d'albumine. L'examen microscopique ne décela pas de bacilles de Koch, on lui fit quelques lavages vésicaux suivis d'amélioration. Le malade succombe à cause d'une maladie de cœur en avril 1893.

Autopsie — L'anse sigmoïde a été trouvée dans le Douglas et adhérait à la paroi postérieure de la vessie sur une éten-

due de 5 centimètres environ. Dans la vessie, on trouva une fistule ronde, 1 1/2 millimètre, située à 1 centimètre plus bas de l'orifice urétéral droit. La muqueuse vésicale paraissait saine.

Sur l'anse sigmoïde on trouve *plusieurs diverticules, dont six étaient perforés* et communiquaient avec la vessie.

Dans l'abcès formé par l'intestin et la vessie, on trouve un pépin de pomme.

Pas de cancer, pas de tuberculose.

Obs. 35. — Quiquezez (*Osterreichsche Zeitschrifft für practische Heilkunde,* 1863).

Un cas de tuberculose intestinale avec l'ouverture d'un abcès de l intestin grêle dans la vessie.

Homme, phtisie prononcée, six semaines avant sa mort, il remarque le passage de l'air par l'urètre au moment de la miction. L'urine s'écoule d'abord avec quelque peine en un jet ininterrompu ; puis vient une petite quantité d'urine écumeuse avec grandes bulles, puis un peu d'air qui s'élance avec un bruit qu'on peut entendre à quelques pas de distance. Ceci se répète à chaque miction. Ce fait de même que l'odeur fécale des gaz sortants, firent penser à une communication de l'intestin à la vessie.

Le siège n'a pu être précisé.

Autopsie. — Fistule vésico-iléale : siégeant près de la terminaison du grêle.

Obs. 36. - Dittel (de Vienne) : *Wiener Mediz. Wochaschrift,* 1881.

Phtisique émettant des gaz par l'urètre. Pas de vérification.

Obs. 37. — Reh *Tuberculose iléo cæcale avec perforation intra-vésicale. (Deutsche Medizinische Wochenschrift,* 1922).

En 1917, une jeune fille de 17 ans présente brusquement une température élevée et des accidents diarrhéiques. Après une légère amélioration, l'état général s'aggrave : frissons, diarrhée, douleur lombaire gauche et apparition d'abcès rénaux bilatéraux.

La malade devient squelettique, avec albuminurie ancienne et fièvre à grandes oscillations.

Elle s'améliore cependant très sensiblement par le traitement médical ; mais, en 1918, surviennent des symptômes de perforation de l'intestin dans la vessie avec issue de gaz.

La cystoscopie confirme cette perforation.

R. intervient chirurgicalement, le 6 mars 1920, par une laparotomie médiane sous-ombilicale ; après libération des masses adhérentes, il résèque la partie malade de la vessie et suture celle ci ; puis il résèque une portion de l'intestin comprenant le cæcum, 12 centimètres de côlon ascendant et 8 centimètres d'iléon. La continuité est rétablie par une implantation termino-latérale.

Tampon de gaze iodoformée entre la vessie et l'utérus et suture en plusieurs étages. Guérison complète, après une légère petite fistule. La malade a été revue un an après dans un état général parfait.

R. se déclare partisan du traitement chirurgical. Le traitement par la radiothérapie intensive doit être réservé aux cas peu fébriles et avec forte diarrhée et si après deux irradiations la diarrhée n'a pas cessé et l'état général n'est pas amélioré, le traitement ne devra pas être continué.

Obs. 38. — *(Inédite,* Dr Chevassu).

Envoyé par M. le Dr Braun à M. le Dr Chevassu avec le diagnostic de fistule recto-vésicale.

A. P. — Elle a eu depuis *17 ans* des lésions anales et rectales bacillaires, lesquelles ont progressivement transformé sa région anale en un véritable clapier.

En *avril 1926* a été opérée à Broca où on essaye d'extirper toutes ses lésions péri-anales. Elle présentait malheureusement au niveau de l'ampoule des ulcérations étendues pour lesquelles on lui fit dans le service du Dr Bensaude des séances de diathermie.

Pleurésie non ponctionnée.

Bronchites fréquentes l'hiver.

Fièvre muqueuse.

Très anémique.

Réglée à 12 ans, irrégulières ou retard, peu abondantes, douloureuses.

Pertes blanches très abondantes.

Pas de fausse-couche.

A. C. — Un frère tué pendant la guerre.

Une sœur morte à 4 ans de méningite.

Frère vivant actuellement : scoliose.

Père : Vieux tousseur, mort des poumons.

Mère : Egalement sujette aux bronchites.

Synovite de la radio-carpienne opérée à Lisieux en 1923.

Histoire de la malade.

En *septembre 1926* consulte à Broca pour de la *pneumaturie* et pour des émissions intermittentes de *rubans de matières fécales* par son *urètre*.

Ces matières et gaz sont accompagnés de phénomènes de cystite :

Pollakiurie.

Douleur à la fin de la miction.

Douleurs vésicales.

Urines troubles.

Matières et gaz par les fistules.

Fistules suintant par intermittence.

Rien du côté du vagin.

Cystoscopie du 1er décembre 1926, M. Péribère.

Examen au cystoscope d'exploration.

Urines troubles. Capacité 300 cc.

Vessie rouge au niveau de la face antérieure à l'union du bas fond et de la face postérieure un peu à droite de la ligne médiane. On voit des plis profonds, allant de gauche à droite et convergeant vers une zone obscure irrégulière bordée par des lèvres en saillie. Ce doit être la région de la fistule.

Les orifices urétéraux, dont le droit est le plus rapproché de cette zone, semblent normaux.

2 décembre 1926, M. Chevassu.

Sonde 14 entre dans la fente n° 2 et pénètre à 4 cm. Elle retire un liquide d'aspect urinaire trouble. Impossible de rien sentir par toucher rectal : sténose anale.

Poumons : Sommet droit, craquements, souffle expiratoire léger.

Sommet gauche, craquements, râles ronflants.

Cœur normal.

Urée sanguine : 0,41.

Radioscopie, radiographie, après injection de la vessie puis du rectum au collargol, montrent un trajet fistuleux vésico-colique. On ne peut voir quels sont les rapports de cette fistule *avec l'utérus*.

Le 17 décembre 1926. Suture par voie transvésicale.

Suites opératoires. — Pouls bon, normal.

Sonde coudée à demeure.

Le 19 décembre 1926 : Température élevée.

Facies pâle, fatigué.

On maintient la malade constipée.

Le 31 décembre 1926 : Douleur brusque de tout le membre

inférieur, surtout au pied, au mollet et au pli inguinal, irradiant à tout le membre.

Douleur lancinante.

Mouvements spontanés douloureux.

Douleur à la palpation.

Examen. — Palpation douloureuse.

Mouvements douloureux.

Pas d'œdème.

Le 5 janvier 1927 : Matières fécales viennent de la sonde à demeure au moment du lavage vésical.

Lavage à l'eau distillée.

Au cours d'une défecation, les matières passent dans la vessie et en ressortent par la sonde.

Le 9 janvier 1927 : Urines et eau de lavage + propres.

Le 11 janvier 1927 : CYSTOSCOPIE. Dans le fond de la vessie, on aperçoit un trou.

La suture n'a pas tenu intégralement, mais le 2e plan paraît avoir tenu.

Le 25 janvier 1927 : Ablation de la sonde hypogastrique. La malade urine immédiatement par l'urètre.

Le 3 février 1927 : Légère ascension thermique à 38°5. La malade à ce moment souffre de contractions vésicales.

Le 8 février 1927 : Cystoscopie montre la zone de sutures entre les 2 orifices urétéraux.

On continue les lavages de vessie d'abord au nitrate d'argent, puis après des instillations d'huile goménolée qu'elle garde pendant 2 heures.

Le 8 février 1927 : date de la cystoscopie.

La malade ne souffre plus.

Le 10 février 1927 : On pèse la malade : 50 kg. 200.

Le 13 décembre elle pesait 49 kg. 700.

De ce jour on commence une série de 12 piqûres de cacodylate de soude.

Le 14 février 1927 : Bon état général.

La malade ne souffre pas.

Miction : Fréquence, jour : 3-4 fois, la nuit : 1 fois : URINES CLAIRES, aucune douleur à la miction.

Radio du 14 février 1927 ; Pour voir l'état de son gros intestin, la malade a pris un repas à la baryte.

A l'orthodiagramme : vessie vide et vessie pleine.

On constate dans la fosse iliaque gauche à 3 cm. de la ligne médiane, à 5 cm. au-dessus d'une ligne joignant les épines iliaques antéro-supérieures, un étranglement de l'anse sigmoïde et qui paraît fixé par des adhérences.

En résumé malade qui a fait des accidents bacillaires au niveau de son gros intestin, probablement au point de départ génital.

Etablissement d'une fistule vésico-sigmoïdienne qui a été fermée simplement par la voie transvésicale.

La malade a été revue en novembre 1927.

L'état général est considérablement amélioré. Elle a engraissé et se dit bien portante.

Ses urines sont claires. Mais la malade ressent de temps en temps de légères douleurs vésicales. Une cystoscopie faite, montre un petit calcul gros comme une lentille.

L'examen clinique montre qu'il était constitué par des matières fécales.

Obs. 39. — BOECHM et DEAN (Saint-Louis) : *Deux cas de fistule sigmoïdo-vésicale* (*The American journal of Urology*, t. VIII. n° 9, septembre 1912, p. 474 à 482, avec 1 fig.).

Cette question est intimement liée à celle des diverticulites de l'anse sigmoïde, affection fort peu connue jusqu'au mémoire de Telling (*The Practolagist*, vol. 5. n° 1). La diverticulite sigmoïdienne aboutit souvent à la perforation vésicale au milieu d'un foyer isolé par des adhérences. Les causes de

ces diverticulites sont nombreuses, ce sont ; la tuberculose, le cancer, la syphilis, les traumatismes, les coups de feu, les corps étrangers de l'intestin ou même simplement la colite aboutissant à l'inflammation d'un diverticule rempli de matières fécales (Tuttle, Cripps, Monyihan).

Le passage de l urine dans l'intestin n'est pas constant. Le seul signe pathognomonique est l'expulsion de gaz et de matières par l'urètre.

B... et D..., relatent les deux cas suivants :

Cas 1. — Femme de 40 ans ; elle souffre du ventre depuis une contusion de l'hypochondre gauche à l'âge de 16 ans. Constipation habituelle. Depuis 2 ans, molœna, hématurie, douleurs lombaires violentes, expulsion de matières fécales par l urètre. Rectite et cystite violentes. Un cystoscopie permet de découvrir un orifice fistuleux au niveau du sommet de la vessie, à gauche. Laparotomie. Résection de l'anse sigmoïde et de la portion vésicale qui lui adhère. On obtura la brèche vésicale en y suturant le fond de l'utérus. Mort de péritonite le 3e jour. Il s'agissait d'un *adéno-épithéliome* de la vessie propagé au côlon pelvien.

Cas 2. — Homme de 84 ans. Cystite intense avec vessie distendue. Ténesme rectal. Expulsion de gaz et de matières par l'urètre. Par le toucher rectal, on sent un néoplasme au-dessus de la prostate atrophiée. Mort après refus de l'intervention A l'autopsie, énorme masse carcinomateuse englobant la vessie, l'anse omega et le rectum.

Obs. 41. — (*Inédite*, Dr Chevassu). Coz... Joseph, 62 ans.

Entre pour cystite le 14 juin 1921.

Aux premiers jours de mai, le malade s'aperçoit par hasard que ses urines *sont troubles.*

Le malade ne souffre pas, n'a pas de fièvre.

Au début de juin, à la suite de lavages vésicaux au nitrate

d'argent orchi-épididymite droite, vive, réaction fébrile.

A l'heure actuelle l'orchi-épididymite est en voie de résolution, mais la pyurie persiste.

L'urine au DÉBUT est claire jusqu à la fin de la miction, puis à ce moment bruit *hydroaérique et évacuation de pus* ; ce pus a présenté le caractère et l'odeur des matières fécales.

Mictions : 5 ou 6 fois le jour.
Mictions : 3 ou 4 fois la nuit.

Pas de douleur.

A la fin bruit hydroaérique et émission de pus presque *pur mélangé de bulbes* et *gaz*. Odeur *fétide*.

Urines : claires au début, à la fin sanglantes et purulentes.

Urètre : normal.

Vessie : pas de globe, pas de douleurs.

Reins : non perçus, non douloureux.

Exploration instrumentale : Avec l'explorateur métallique, on apprécie facilement une tumeur, dure au niveau du bas-fond que le bec de l'explorateur franchit avec un ressaut.

Contenu scrotal : à gauche : testicule petit, peu sensible.
à droite : testiculo-scrotal du volume d'une orange.
Rénitente à la partie supérieure.
Séreuse à la partie inférieure.

Toucher rectal : prostate petite, parsemée de noyaux durs et petits comme des grains de plomb. Au dessus de la prostate on sent au niveau du bas fond vésical des noyaux durs sur un fond de consistance ferme.

(Tumeur au niveau du bas-fond vésical probable).

Examen général : Syphilis ancienne traitée en juin 1920, par trois séries d'injections intraveineuses de novar, une de sulfarsénol.

W. + malgré traitement.

Blennorragie, il y a 20 ans.

A. R. O.

A. C. 16 1/2, 9.

A. D. : langue saburrale, constipation.

A. nerveux : réflexes oculaires paresseux.

« « rotuliens O.

Urines totales : Nombreux polynucléaires très dégénérés, nombreux bâtonnets Gram. Bacille et diplobacille Gram +

Examen du sédiment urinaire.

Vaisseaux de bois, épiderme végétal, grains d'amidon. globules graisseux.

Az. : 0,39

K. : 0,124

C. : 13,45

P. : 25, 45, 85, 40.

Cystoscopie. — Rien d'anormal à la zone urétérale, qu'un peu d'œdème plus marqué à droite. Cellules vésicales.

Tumeur occupant la région de la bulle d'air. Aspect en chou-fleur. On ne voit pas de trou.

Le 23 juin 1921. — Accès brusque de température. Tremblement, sueurs.

Le 24 juin. — Température normale. Hecht.

Le 29 juin : Urines avec matières fécales. En suspension.

Mis *au traitement* chez M. Fournier : 0.18, 0.30, 0.45 de novar.

Le 15 juillet : Syncope chez M. Queyrat.

Sort pour affaires personnelles le 21 juillet 1921.

Le 14 novembre 1921 : Le malade rentre dans le service.

L'état général s'est très amélioré.

Le malade a engraissé de 12 kilos.

Il a reçu 5 piqûres de novar, 0,15, 0,60.

Pneumaturie : pas améliorée.

Il continue à uriner par moment des matières fécales.

Aucunes douleurs.

Mictions : 4 à 5 fois le jour, 4 fois la nuit.

Mictions : D'abord jet d'urines à peu près claire puis alternant soit avec des matières, soit avec des gaz.

Le 17 novembre : Azotémie 0.44.

Le 23 novembre : Cystoscopie par M. Chevassu.

La tumeur est nettement moins incohérente dans la vessie qu'autrefois.

On a l'impression que pour bien la voir il faut abaisser trois fois le pavillon du cystoscope dans la même zone.

C'est-à-dire nettement au-dessous de la zone interurétérale avec maximum au-dessus de la ligne médiane postérieure.

On constate l'existence d'une masse papillomateuse formée de bas en haut par :

1° Une zone de petites papilles ;

2° Une zone de petites papilles plus petites encore. Mais irrégulières de formes :

3° Une zone inférieure de végétations beaucoup plus grosses qui semblent recouvrir la zone moyenne et qui semblent être le centre probable de la lésion et le centre de la fistule qu'on ne voit pas.

Rectoscopie (Dr Chevassu). — On voit très nettement sur la paroi antérieure du rectum, au-delà de la zone que peut atteindre le doigt, une masse saillante pas très exubérante, saignante et ulcérée de partout, dont on prélève un fragment pour biopsie.

Le 27 décembre : Le malade revient consulter. Il accuse une grosse amélioration, les gaz et les matières sortent moins abondamment par l'urètre. Depuis sa sortie le malade a suivi un traitement de : 10 piqûres de cyanure intraveineuses et I. K. 20 grammes par mois.

Rectoscopie : Le 27 décembre 1921. Etat local amélioré.

Le 21 mars : Les lésions rectales ont progressé malgré des piqûres de bismuth, grosse masse végétante avec trou central.

Le malade prétend cependant que la communication recto-vésicale a diminué.

Biopsie : Epithélioma typique.

Le 10 janvier 1922 : Se sent très soulagé, ne souffre plus de la vessie. Meilleur état général, mais prétend que la communication vésico-rectale est plus accentuée.

Au toucher on ne sent pas le trou mais une large zone dure.

Le 8 mars 1923 : A engraissé de 20 kilos, très belle mine. Urines LIMPIDES.

Le malade rend de temps en temps de l'urine par l'anus. Toucher : grosse masse végétante intra-rectale.

Obs. 42 *(Inédite,* Dr CHEVASSU). — Mer... Oscar, 49 ans.

Entre à l'hôpital le 1 r décembre 1923, envoyé par M. Küss. parce que ses *matières fécales sortent par l'urètre.*

A. P. En 1921, soigné à St-Louis pendant 10 mois.

Histoire de la maladie : au début d'août les troubles ont été essentiellement de la *diarrhée.*

Depuis 2 mois : troubles fonctionnels surtout digestifs. Diarrhée continuelle et hémorragie intestinale.

2 hémorragies intestinales de sang noirâtre surviennent en fin de défécation.

Ecoulements glaireux sanguinolents surviennent fréquemment.

Depuis 15 jours : Le malade ressent des douleurs très vives dans tout le bas-ventre, les reins et la fosse iliaque droite.

Ces douleurs sont continues avec des paroxysmes extrêmement internes.

Depuis 10 jours : A la suite de douleurs brusques et très intenses des matières fécales sortent brusquement par l'urètre avec du ténesme vésical.

Depuis lors l'écoulement est extrêmement fréquent. Le malade a des envies extrêmement fréquentes d'uriner, presque continuelles.

Examen : cicatrices syphilitiques aux jambes et à la joue droite.

Hernie inguinale gauche.

Œdème bilatéral mollasse prenant le godet.

Toucher : très difficile, le malade accuse de violentes douleurs. Se contracte et on ne peut l'examiner facilement.

On sent néanmoins en avant une grosse prostate *tombant dans le rectum.*

Le 20 octobre. — Le malade ne peut plus uriner d'où des douleurs très vives.

Un sondage ramène un mélange de matières et d'urine.

Un lavage de vessie soulage beaucoup le malade.

Le 23 octobre. — Comme le malade ne peut plus uriner spontanément et accuse de violentes douleurs on lui met uue sonde à demeure qui le soulage beaucoup.

Le 24 octobre : Le liquide retiré par la sonde est à certains moments semblable à du liquide diarrhéique c'est-à dire : noir variable d'odeur fécaloïde accentuée, mais ce matin le liquide que le malade urine spontanément a couleur d'urine, d'ailleurs bien trouble à odeur ammoniacale et non fécaloïde.

La diarrhée du malade qui dure depuis 3 mois semble être antérieure à la communication vésico-intestinale.

Cependant il se pourrait qu'un léger pertuis ait suffi pour le passage dans le rectum.

Au *toucher rectal* on sent à bout de doigt nettement au-dessus de la masse prostatique une masse que les douleurs du malade ne permettent pas d'étudier à fond.

Grosse hydrocèle droite.

Le 26 octobre : La sonde à demeure mise au malade ne vide presque pas sa vessie Dès qu'elle est retirée au contraire il se produit une débâcle d'urine mélangée aux matières. 5 urinals aux dires du malade.

Le 29 octobre 1923 : Grand frisson intense et prolongé

pendant près d'une heure. Point de côté droit qui irradie dans l'abdomen. Température : 40 6.

Sous-crépitant et matité au sommet droit.

Le 7 novembre : Grand frisson avec chaleur et sueurs. Température : 39°.

Le 8 novembre : La température descend.

Le 9 novembre : *Cystoscopie* (Dr Chevassu).

Dans la vessie grosses masses flottantes, irrégulières noirâtres, gênant l'exploration et qui sont vraisemblablement des matières fécales.

Le 13 novembre : Frisson. Ascension de la température.

On prescrit une sonde à demeure.

Le malade l'enlève lui-même disant ne pouvoir la supporter.

Le 15 novembre : Le malade s'en va après avoir signé sa feuille.

Résumé du Dr Chevassu : Fistule à peu près certaine due à un néo du rectum.

Je n'ai jamais pu faire de *rectoscopie* utilisable, ni par conquent de *biopsie*.

Le malade est sorti quand j'ai voulu lui faire un anus angulo-colique.

Après être sorti sur sa demande le malade rentre à l'hôpital et :

Le 14 décembre : Anus angulo colique gauche, novocaïne 1/200 et un tube de chlorure d'éthyle.

Le 18 décembre : Anus fonctionne bien.

Le 22 décembre : Frisson intense durant près d'une heure. Température : 39°. Pouls : 140.

Rien aux poumons.

Décédé : le 31 décembre 1924.

Obs. 43. — Ch. G. Levison : *Fistule entéro-vésicale d'origine amibienne* (*The Military Surgeon*, t.XXX, n° 5, mai 1912).

Histoire : Un marin, âgé de 38 ans, antérieurement atteint, en 1900, d'une fièvre typhoïde non suivie de complications, est pris brusquement en 1909, d'une douleur dans la région hypogastrique, sans fièvre ni trouble dans les urines ; 15 jours après, il souffre, en allant à la selle, de violentes coliques, et, peu après, s'évanouit à la suite d'une violente sensation de rupture dans le flanc gauche. C'est alors qu'il entre à l'hôpital.

Dans les jours qui suivent, la douleur persiste à gauche, les urines sont chargées de pus et la fièvre s'est installée. Puis l'on constate l'émission de matières et de gaz par l'urètre.

Examen : Une masse existe, au niveau du côlon sigmoïde, que l'on retrouve par le toucher, au côté gauche du rectum, douloureuse à la pression.

La cystoscopie montre, d'autre part, l'existence d'un orifice, au niveau de la partie supérieure de la vessie répondant à la tuméfaction ; les bords en sont œdématiés et hypérémiés.

L'examen des matières révèle la présence d'amibes, de formes mobiles enkystées.

L'état général du malade est grave ; le foie grossit à vue d'œil ; la température est élevée, le pouls fréquent et faible.

Diagnostic : Fistule entéro-vésicale d'origine amibienne et probablement due à l'évolution d'une diverculite.

Opération : L'état du malade s'opposant à une laparotomie, on pratique la cæcostomie. A la suite, on administre des lavages par le rectum et par l'anus artificiel.

Suites opératoires : Un mois après, la fistule persistait encore, mais l'état général s'était déjà beaucoup amélioré.

6 mois après, les urines sont redevenues parfaitement claires et la vessie se montre absolument saine ; le malade a

beaucoup engraissé et les matières ne contiennent plus d'amibes ; le foie a d'ailleurs beaucoup diminué de volume.

On décide donc de fermer l'anus artificiel : on y procède par résection et anastomose latérale, on resèque en même temps l'appendice, que l'on trouve tuméfié et que l'examen ultérieur montre d'ailleurs dénué d'amibes.

Un an après la guérison est complète.

Ce cas est intéressant par sa rareté et son heureuse terminaison.

Obs. 44. — Hœpfl A. (*München Med. Woch*, 1901).

M. B., femme de 33 ans, avait une fistule vésico-rectale depuis 5 ans à la suite d'un accouchement difficile avec application de forceps.

Cette femme de constitution solide était anémiée.

A l'examen, on constata que la partie supérieure du rectum était rétrécie par des cicatrices très dures. A l'aide d'une valve, mise dans le rectum, on constate une fistule de la grosseur d'un petit pois, située sur la paroi antérieure du rectum et entourée de tissus cicatriciels.

Après plusieurs jours de traitement par la gaze iodoformée et l'application de tampons de glycérine, on est arrivé à abaisser suffisamment l'intestin, pour suturer la fistule d'après la méthode de Fritsch.

Le résultat immédiat fut bon, mais après l'enlèvement des fils, le 7e jour, la fistule réapparut.

On tente à plusieurs reprises de fermer la fistule par la cautérisation au nitrate d'argent ou par la suture par la voie rectale, toujours sans succès.

Une dernière opération fut faite un an après, par le Dr Ashton, de Munich. La voie suivie fut le rectum. Elle consista en libération de la fistule des tissus cicatriciels environnants, séparation des parois vésicale et intestinale, su-

ture exacte des bords de la plaie intestinale, tampon de gaze iodoformée dans le rectum.

On conseilla à la malade d'uriner toutes les heures

Bien que la plaie parût bien fermée le tampon de gaze iodoformé fut trouvé imbibé d'urine. La sonde vésicale à demeure ne fut pas tolérée à cause de l'irritabilité de la vessie. Pour empêcher le contact de l'urine avec la plaie on donna à la malade le conseil de rester couchée sur le ventre.

Quelques jours après cette recommandation le tampon restait sec et la plaie se ferma par bourgeonnement.

Obs. 45. — Thomson (H.) (*Zentralbl. f. Gynek*, Leipzig, 1903, t. XXVII, p. 1498, 1500). *Fermeture plastique des fistules vésico-intestinales par le col de l'utérus.*

Mme H. ., âgée de 32 ans, pendant la 6e grossesse eut un *avortement difficile*, qui dura 3 jours ; le fœtus, assez gros avait 5 mois pleins.

Depuis l'avortement, elle *perdait ses urines*. A l'examen, on constata une fistule vésico-intestinale devant le col utérin qui était facilement accessible à 2 doigts. La fistule était entourée de tissus cicatriciels très développés sur toute la paroi latérale gauche ; elle était solidement fixée, par sa partie antérieure gauche, à l'os pubien. L'utérus très peu mobilisable.

3 mai 1903 : Opération *par voie vaginale*. On coupa les bords de la fistule et on détacha les adhérences pré-vésicales.

Après la mobilisation du col utérin, la vessie fut fermée par 8 points de suture et les bords de la *plaie intestinale* furent solidement attachés à la paroi antérieure du col utérin par 8 points profonds.

Tampon intestinal et sonde à demeure dans la vessie.

Les 2 premiers jours, l'urine est un peu sanguinolente.

Le 13 mai, la sonde fut enlevée, la malade ne souffrait plus au moment des mictions.

Elle urinait toutes les deux heures dans la journée et deux fois dans la nuit.

Le 16 mai, on enleva les fils. Guérison.

Obs. 46. — Thomson (H.). *Ibid. id.*

Mme L..., âgée de 32 ans. Pendant la 2e grossesse elle fut débarrassée d'un fœtus mort, quatre mois avant l'accouchement. Tout de suite après, elle s'aperçut qu'elle perdait l'urine.

La paroi postérieure de la vessie était entièrement défectueuse, la muqueuse vésicale était prolabée, l'utérus en antéflexion, peu mobile.

5 mai 1903, opération par voie vaginale. La malade fut opérée d'après la méthode de Kuttner. La séparation de la vessie de l'os du pubis fut difficile.

Fermeture de la vessie par six points de suture, fermeture de la plaie *intestinale* à l'utérus par 8 points. Sonde à demeure.

L'urine passe en partie par l'intestin le premier jour, ensuite l'urine ne passe plus.

Après la suppression de la sonde à demeure, le 24 mai, la malade urine toutes les deux heures, et une partie de l'urine passe par l'intestin en diminuant de plus en plus.

Le 30 mai, état un peu meilleur.

L'auteur pense à une guérison spontanée de la petite fistule intestinale.

Obs. 47. — (Rothe H.) *Ibid, id.*

Mme M..., âgée de 34 ans ; 3 accouchements spontanés. A la 4e grossesse, on lui fit une *embryotomie*, suivie de perte des urines par le vagin.

Elle fut envoyée par un médecin avec le diagnostic de prolapsus de l'intestin dans le vagin.

Un examen fait le 29 octobre 1903 nous révèle l'existence d'une fistule qui s'étend du bout de l'urètre jusqu'au col de l'utérus.

La vessie, retournée par cette fistule, a le volume d'une grosse pomme.

Les deux uretères sont compris dans la partie vésicale en éversion, l'uretère droit se trouve plus près de l'intestin que le gauche.

Opération par voie vaginale. Incision de la vessie, séparation du col de l'utérus sur une étendue, de 2 centimètres, débouchement de l'urètre avec une sonde n° 6, réduction de la vessie. Fermeture isolée de la paroi vésicale par cinq points de suture aux catguts. La suture n'est pas complète, mais elle s'oppose au retournement *suture de la plaie intestinale à la foie antérieure du col utérin portion supra-vaginalis*, par dix points un fils d'argent (cinq plus gros et plus profonds, et cinq moins gros à la surface).

La malade ne mouille pas d'urine le pansement.

Enlèvement des fils, neuf jours après l'opération. Réunion par première intention.

Obs. 48. — Von Franqué : (*Deutsche méd. Woch*). Leipzig et Berlin, 1906, t. XXXII, p. 1974), *Guérison des fistules vésico-intestinales, grosses et compliquées par la méthode de Freund.*

Il s'agit d'une femme rachitique, qui à la suite d'un accouchement effectué avec le *forceps* contracte *une fistule vésico-rectale.*

A l'examen, on constata une fistule qui commençait sur l'urètre, au niveau de la lèvre antérieure du col de l'utérus, et s'étendait jusqu'au bas-fond de la vessie. La paroi anté-

rieure du rectum à ce niveau n'existait plus. L'urètre était fermé par une cicatrice située à 4 centimètres du méat. L'utérus était fixé sur les côtés par de fortes adhérences cicatricielles Malgré que l'utérus paraissait impossible à déplacer, il put être abaissé par le cul-de-sac de Douglas, lequel a été refermé et suturé aux bords avivés de l'orifice fistuleux rectal. La face postérieure de l'utérus fut appliquée à la paroi postérieure de la vessie, fermant ainsi la perte de substance fistuleuse.

La malade fut continente après l'opération, et guérie après quelque temps.

Neuf mois après l'opération, début de formation d'incrustation des sels, qui arrivent à la formation d'un gros calcul avec phénomènes très intenses de cystite. La malade fut débarrassée de son calcul par la taille, et la guérison fut définitive.

Obs. 49. — Dupuytren (publiée dans *thèse Chavannaz*).

30 ans, balle de fusil passée d'avant en arrière, fistule vésico-rectale.

Autopsie. — Perforation rectale sur la paroi antérieure et la paroi postérieure, vessie petite, col divisé ; abcès dans la loge prostatique s'ouvrant dans le rectum, la vessie et l'urètre.

Obs. 50. — Rezoli (Sienne) : (*Il policlinico*, t. XXVIII, fasc. 33).

Un jeune homme est amené à l'hôpital en mauvais état : pouls petit, fréquent, demi-inconscience, respiration difficile.

L'anus laisse écouler un liquide sanguinolent où l'on reconnaît la présence de l'urine. Les jambes écartées, le toucher rectal permet de sentir à 3 cm. de l'orifice anal, une plaie irrégulière, à bords contus.

L'abdomen est un peu ballonné, très douloureux, surtout dans la région prépubienne.

On apprend, en interrogeant l'entourage du patient, qu'il est tombé du haut d'une voiture chargée de blé et s'est empalé sur un des montants de la voiture ; il n'a été retiré qu'avec difficulté. L'absence de lésions péritonéales commande l'abstention chirurgicale : on met de la glace sur le ventre.

Une sonde introduite dans la vessie ramène de l'urine sanglante ; on laisse la sonde à demeure pendant 7 jours.

La fistule vésico-rectale se comble spontanément au bout d'un mois.

Obs. 51. — Dodd (J. R.) : (*Brith Méd. Jour.*, London, 1900).

Un jeune ouvrier entre à l'hôpital de l'Arsenal, le 10 avril 1899, pour une plaie pénétrante et dilacérée de la cuisse droite. Il saignait abondamment par la plaie et l'urètre. Il a été blessé dans les circonstances suivantes : pendant que le malade tirait sur une corde avec un camarade pour lever un gros fardeau, la corde s'est rompue et les 2 ouvriers sont tombés sur une barre en fer (ayant une longueur de $\frac{1}{2}$ mètre sur 5 centimètres de largeur) notre malade étant sous l'autre.

L'une des extrémités de la barre qui était coudée a pénétré dans la cuisse droite. En examinant cette place avec le doigt, on constata une déchirure de la paroi antérieure du rectum à 5 cm de l'anus et on rencontra un catheter, introduit dans la vessie quelques instants auparavant pour vider son contenu sanglant. Un corps étranger fut senti dans le rectum, qui n'était en réalité que le morceau de tissus déchirés de ses habits, qui avaient coiffé l'extrémité de la barre au moment de sa pénétration.

Une intervention d'urgence (ouverture large de la plaie) fut faite dans le but d'arrêter l'hémorragie qui cessa complètement en quelques jours. Tout de suite après, les urines deviennent troubles étant mélangées de matières fécales. Les gaz passent par l'urètre.

Le catheter fut enlevé le 3e jour de l'accident à cause de l'irritation qu'il avait provoquée dans la vessie. Immédiatement, les urines passèrent par l'anus au moment des mictions.

Le malade fut sondé 3 fois par jour pendant quelque temps.

Chaque sondage était suivi de lavages à l'acide borique et d'injections vésicales de mucilage iodoformé. Pendant la convalescence, qui alla vite, le malade eut une épididymite gauche.

Le 20 avril, le sphincter de l'anus devient continent.

Le 28 avril l'urine s'éclaircit, elle était de réaction acide et sans odeur.

Le malade était capable de passer lui-même un catheter mou.

Le 2 mai la plaie du rectum était guérie à l'extérieur, l'urine ne passait plus par l'anus, ni les gaz par l'urètre au moment du cathétérisme.

Le 16 mai il quitta l'hôpital en bon état.

Le malade, examiné le 28 juin, on trouva la plaie tout à fait guérie.

Il n'avait aucun trouble du côté de la vessie ou du rectum et un cathéter de bon calibre passait sans difficulté.

Le 25 juillet, l'état de guérison se maintient et le malade crût avoir expulsé un morceau de tissu par ses urines, quelques jours avant le dernier examen.

Obs. 52. — Mursell (H. F.) : (*Brit. Med. Journ.*, London, 1907, t. I, p. 126) : *Fistule vésico-rectale traumatique. Intervention périnéale, guérison.*

Il s'agit d'un jeune homme d'environ 30 ans. Le malade raconte que deux mois avant son admission à l'hôpital, il avait été piqué par un objet aigu, sur lequel il s'était assis. Depuis cet accident, ses mictions devinrent difficiles, l'urine était trouble et remplie de muco-pus. Plus de la moitié de l'urine passait par le rectum. La cystoscopie fit remarquer, en un point de la vessie, une croûte couverte de phosphate, qui paraissait couvrir la fistule. Le bas-fond de la vessie présentait des lésions de cystite aiguë très intense.

Le malade a été soigné quelque temps par des lavages vésicaux, de l'urotropine à l'intérieur et une bonne nourriture.

Taille périnéale : le malade fut chloroformé et on lui donna une position élevée de lithotomie. Un béniqué fut passé dans la vessie.

Incision périnéale suivie de dissection soignée entre l'urètre et le rectum jusqu'à la rencontre du béniqué au dessus de la prostate.

Retournement du rectum et fermeture de la muqueuse ou bourse au catgut.

La paroi musculaire du rectum fut fermée à la surface de la plaie. L'ouverture de la vessie permettait juste l'introduction de l'index. La pierre distinguée par le cystoscope fut retirée Une substance dure fut retirée en introduisant un forceps urétral dans la vessie et trois morceaux de bois couverts de phosphate, furent enlevés.

Il n'avait pas été remarqué au cystoscope à cause d'une forte couche de muco-pus qui les recouvrait. Fermeture de la vessie par le périnée. Suture en bourse, drain et sonde en demeure dans la vessie.

Quatre semaines après, le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. 53. — Jacomet (*Bull. et Méd. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1904, nouv. série, t. XXX, p. 696-669) : *Fistule vésico-rectale par corps étranger de la vessie. Taille sus-pubienne ; avivement ; drainage ; guérison* (Rapport par M. Ed. Schwartz).

Un enfant de douze ans et demi, de bonne santé habituelle, est pris, en décembre 1901, de douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation vers le périnée et les organes génitaux ; leur maximum était au-dessus du pubis aussi bien spontanément qu'à la pression et à la palpation profonde. L'enfant s'amaigrit, perdit l'appétit, puis, au bout d'un mois, se déclara une diarrhée intense, noirâtre, qui présentait ceci de spécial, que tous les deux jours environ, le jeune malade avait une selle molle, puis des selles diarrhéiques, de 8 à 10 et même 12 par jour.

En présence de la persistance de ces phénomènes alarmants on pensa à des accidents nerveux ; la diarrhée fut traitée par les moyens habituels, mais cela sans aucun résultat.

Sur ces entrefaites, les parents remarquèrent que la quantité d'urine émise était très faible, à peine 200 grammes par jour, et que celle-ci diminuait, de plus en plus. On fit faire une analyse du liquide diarrhéique, et l'on trouva que celui-ci était constitué surtout par de l'urine et une matière noirâtre, dont on ne put préciser la nature.

Cependant, les douleurs devinrent plus vives et le 7 février le petit malade rendit par l'anus *un pinceau de boîte à couleur, de 7 cent. 1/2* de longueur et 5 millimètres de diamètre ; la plume d'oie qui forme son manche est remplie de couleur noire jusqu'à une certaine hauteur ; elle est arrondie à son extrémité comme le bout arrondi d'un cure-dent.

A dater de ce moment, le liquide diarrhéique devient clair et les douleurs cessent. Malgré tous ces indices on ne

voit pas encore la filiation des accidents ; une nouvelle analyse du liquide diarrhéique indique que les selles sont surtout constituées par de l'urine et un petit dépôt de matières fécales.

C'est dans ces conditions que le docteur Jacomet fut appelé à donner son avis, quinze jours après l'expulsion du pinceau, deux mois après le début des accidents.

L'examen lui permet de constater une douleur vive au-dessus de la symphyse pelvienne, un autre point douloureux sur le trajet du côlon pelvien, dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher rectal, qui n'avait pas été pratiqué depuis le début des accidents, ne donna aucun renseignement très précis ; il réveillait une douleur à la pression sur la face postérieure de la vessie.

Le docteur Jacomet, étant donné les commémoratifs, pensa à la possibilité d'une fistule vésico-rectale par perforation de la vessie par le corps étranger introduit par où ? L'enfant, pressé de questions, affirmait avoir avalé le pinceau.

Quoi qu'il en soit, il fit, séance tenante, dans la vessie, une injection de bleu de méthylène, qui ressortit par le rectum. Il n'y avait aucun doute, il existait bien certainement une fistule vésico-intestinale, qui donnait issue à l'urine dans l'intestin, sans que jamais les matières fécales y aient pénétré.

Après avoir essayé de placer une sonde à demeure qui ne fut pas tolérée, après avoir fait un examen sous le chloroforme, et de la vessie au cystoscope et du rectum après dilatation, et n'avoir pu trouver aucun renseignement précisant le siège de la communication anormale, notre confrère se décida à intervenir par la laparotomie. Celle-ci fut pratiquée le 13 mars. Le péritoine ouvert, on ne constata nulle part, dans le bassin, aucune lésion. Il fut refermé ; la vessie fut ouverte, suspendue des deux côtés, bien éclairée, dans la

position de Trendelenburg. Il put alors découvrir, au niveau du trigône vésical, un petit orifice situé en arrière de l'orifice urétral, où un stylet s'enfonce à 1 centimètre de profondeur ; ses bords sont ulcérés, irréguliers et évasés. Il essaie de poser un fil sur les lèvres de la solution de continuité, mais les tissus cèdent et se déchirent ; il fit alors un avivement avec un bistouri fin et une pince à griffes, espérant que le bourgeonnement arriverait à combler la fistule, les urines une fois détournées par le drainage hypogastrique et urétral.

L'opération se termina sans encombre. On plaça un drain dans la vessie, drain siphon qui, par l'autre bout, s'ouvrait dans un urinal placé entre les cuisses du petit malade. On mit aussi une sonde de Petzer.

Le drain fut changé au bout de 8 jours, la sonde au bout de 11.

Le 7 avril, le drain hypogastrique fut enlevé, et, le 13 avril, l'orifice sus-pubien du drainage était bien fermé, on enleva la sonde à demeure.

Les urines avaient repris leurs cours par l'urètre ; rien ne passait plus par le rectum ; il n'y avait plus là qu'un peu de rectite, dont eurent raison de grands lavages boriqués.

Deux ans après l'opération, l'enfant se porte parfaitement bien, et le fonctionnement de la vessie, de son urètre et de son intestin est absolument normal.

Obs. 54. — Marion : *Fistule recto-vésicale ; taille hypogastrique, suture endo-vésicale ; guérison.*

Le malade J. R..., âgé de 19 ans, entré dans le service civiale de Lariboisière, *pour une fistule vésico-intestinale lithiasique.*

Antécédents personnels : à l'âge de 7 ans crise de rhumatisme aigu. A 8 ans, fièvre typhoïde et, à 9 ans, pelade.

Antécédents héréditaires : néant.

Histoire de la maladie actuelle : Depuis l'âge de 7 ans, le malade accusait des douleurs siégeant au gland, accompagnées de fréquence des mictions. Cette fréquence était si répétée qu'elle était devenue une incontinence ; le malade urinait sans s'en apercevoir.

A l'âge de 12 ans, le malade a eu, deux ou trois fois, du sang dans ses urines ; cette hématurie était terminale et apparaissait vers 5 heures du soir.

Le malade est resté sans accuser d'autres troubles jusqu'à l'âge de 15 ans. A cet âge, il a commencé à exercer le métier de pâtissier et à la suite des marches prolongées il avait des hématuries à la fin de la journée, hématuries accompagnées de fréquence des mictions. De plus, le malade éprouvait des douleurs au niveau du périnée et à l'extrémité de la verge. A cette époque, il consulte un médecin qui le soigna pour de la cystite et lui ordonna des cachets d'urotropine et des lavages au nitrate d'argent. Cette médication ne modifia pas l'état du malade, malgré qu'il l'ait suivie jusqu'à l'âge de 18 ans.

A 18 ans, le malade s'est aperçu qu'il avait des graviers dans les urines. Les urines étaient troubles et leur quantité très diminuée ; au contraire les mictions étaient fréquentes et quelquefois, au moment de la miction, le malade s'apercevait que le jet s'arrêtait brusquement ; de plus, il avait souvent envie d'uriner, mais malgré ses efforts, il ne pouvait y parvenir.

Le malade entra à l'hôpital Beaujon Là, on fit le diagnostic de lithiase vésicale et le malade alla, peu de temps après, à l'hôpital de Caen, pour se faire opérer ; on lui fit une taille et on retira un calcul de 32 grammes environ

Au bout d'un mois, le malade se levait et le même jour, en urinant, il sentit, dans le canal, une grosseur qui gênait ses mictions ; on l'explora et on enleva un calcul. Huit jours après, au moment d'une miction, le jet s'arrêta brusquement à cause d'un nouveau calcul, qui s'était arrêté au

niveau du gland. On le retira et depuis cette époque, le malade n'a jamais rendu de gravier.

Deux mois après le malade quitta l'hôpital, avec une fistule qui persiste, à la région hypogastrique.

Avant d'être opéré à Caen, le malade nous raconte que ses matières fécales étaient très diluées, quelquefois même tout à fait liquides. Après son opération, le malade dit qu'il a rendu par l'urètre des débris alimentaires ; en effet, actuellement, il a des urines très troubles, dans lesquelles on remarque des débris rougeâtres

Le 6 juillet on a constaté, par la cystoscopie, une altération à bords irréguliers, du côté postéro-inférieur droit de la vessie de la grosseur d'une noisette.

Reins : le rein gauche est un peu douloureux au palper.

Vessie : Capacité ; 140 centimètres cubes. L'injection du liquide bleu de méthylène passe par la fistule et sort par l'anus.

Urètre : Normal.

Prostate : On sent une masse creuse au toucher et un peu douloureuse au-dessus du lobe droit de la prostate ; cette masse est dure et de forme allongée.

Etat général : bon.

Les urines sont très troubles, mélangées à des débris rougeâtres fécaloïdes.

Taille hypogastrique le 27 octobre 1911.

1° *Dissection et libération des parois vésicale et rectale* ;

2° *Fermeture en bourse du rectum* ;

3° *Suture de la vessie par-dessus (2 plans de suture)* ;

4° *Rapprochement par suture des muscles droits abdominaux* ;

5° *Drainage hypogastrique.*

Suites de l'opération très bonnes. Guérison.

Le 20 novembre, le malade a été de nouveau cystoscopé. On constate sur la paroi postéro-inférieure droite la cicatrice vésicale, sous l'aspect d'un bourgeon, avec des rayons con-

vergents d'une couleur brunâtre. Dans la partie supérieure de la vessie, on vit deux points noirs, vestiges presque cicatrisés de la taille.

Obs. 56. — Davraiche et Petit : (*Echo Méd. du Nord*, Lille 1904, t. VIII, p. 115). *Appareil urinaire d'un malade atteint de fistule vésico-rectale ancienne d'origine calculeuse.*

Historique ; vers l'âge de 7 ans, ce malade avait éliminé, par le rectum, un gros calcul vésical, du volume d'un œuf de poule environ.

Il en était résulté une fistule vésico-intestinale, par laquelle une partie des urines s'échappait au moment de la miction.

Le malade avait continué à vivre ainsi, sans trop d'inconvénients, jusqu'à l'âge de 28 ans, urinant à la fois par l'urètre et par l'anus.

A ce moment, c'est à-dire en 1898, des symptômes de calcul vésical apparurent, et de plus, les urines qui, auparavant, étaient émises simultanément par le rectum et par l'urètre, étaient rejetées presque uniquement par l'anus.

C'est dans ces conditions qu'il se présente à la clinique des voies urinaires en 1901.

Comme l'état général du malade était précaire, que l'épreuve du bleu de méthylène, plusieurs fois répétée, restait complètement négative, on institua d'abord un traitement reconstituant approprié, et ce n'est qu'au bout de deux mois que M. le professeur Carlier pratiqua la taille hypogastrique. Par crainte de shock opératoire, il se contenta d'enlever la pierre, sans faire la moindre tentative de fermeture de la fistule.

Le malade guérit parfaitement de son opération et quand il quitta le service, son état de santé était des plus satisfaisants,

Les urines, toutefois, étaient encore un peu troubles. L'examen microscopique y révélait la présence de nombreux coli-bacilles, ce qui, du reste, ne doit pas nous étonner en raison de la communication qui persistait entre la vessie et le rectum.

Revu six mois après, le malade était encore très bien portant, et il avait repris, comme autrefois, son pénible métier de mineur.

C'est dans les premiers jours de janvier dernier qu'il se présenta de nouveau à la consultation. Il était alors dans un état lamentable, presque réduit à l'état de squelette et en pleine congestion pulmonaire.

Il présentait, de plus, un volumineux abcès au niveau de l'articulation sterno claviculaire droite. Il déclara qu'il avait commencé à souffrir en urinant il y a environ un an et que, de même qu'il y a trois ans, ses urines étaient émises en presque totalité par le rectum.

M. Carlier l'admit dans son service, où il ne tarda pas à succomber.

Autopsie. — On trouva des lésions extrêmement importantes. Le rein gauche est doublé de volume, son atmosphère péri rénale est remplie de poches purulentes. Sous sa capsule propre, nombreux abcès de volume d'une noisette environ. A la coupe, on trouve d'autres abcès en plein parenchyme rénal. Le bassinet est extrêmement dilaté et renferme une urine purulente. Le rein droit est petit du volume d'un œuf de poule ; il est transformé en une poche pyonéphrotique cloisonnée, autour de laquelle la substance rénale forme une coque de quelques millimètres d'épaisseur seulement. La fistule est située presque au sommet de la vessie, à 15 centimètres environ de l'anus, c'est-à-dire qu'elle siégeait tout à fait, à la limite supérieure du rectum, à l'extrémité inférieure du côlon sigmoïde Cette situation élevée de la fistule explique que l'on n'ait jamais pu l'atteindre par le toucher rectal. Elle explique aussi ce fait que, quand le malade

n'avait pas de pierre dans sa vessie, celle ci ne pouvait se remplir que partiellement, et que l'urine n'était émise par l'anus que quand un besoin d'uriner véritable, à point de départ vésical se faisait sentir. Dans la vessie ratatinée, on a trouvé une pierre énorme, du volume d'un gros œuf de poule. Cette pierre présente une espèce d'apophyse s'insinuant dans la fistule vésico-rectale. Tout l'intérêt de ce cas réside dans le fait que le malade a pu vivre 27 ans avec sa vessie abouchée dans le rectum.

Obs. 57. — Carlier : *Ass. Fr. d'urologie,* 1901.

M. Carlier a eu l'occasion d'opérer d'un gros calcul vésical un malade de 34 ans qui portait depuis l'âge de 7 ans, une fistule vésico-rectale Cette fistule avait été provoquée à l'âge de 7 ans par l'élimination par le rectum d'un calcul vésical de la grosseur d'une noix. Cette fistule ne s'est jamais fermée et le malade perdait les 3/4 de ses urines par le rectum. Trouble hypogastrique. Guérison.

Obs. 58 — Cerné : *Normandie Méd.* Rouen 1906, t. XXI. p. 183-187. *Fistule vésico-intestinale. Guérison.*

M.. , 44 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1905. Antécédents héréditaires excellents.

Dans l'enfance, il a eu de l'entérite jusqu'à l'âge de 5 ans.

A 39 ans, il a eu une orchite gauche, et nie tout accident blennorragique.

Deux ans après nouvelle orchite gauche, mais on n'en trouve pas de traces à l'heure actuelle C'est dans l'intervalle de ces deux orchites, en 1901, qu'il commence à se plaindre de la vessie, où il éprouve des douleurs surtout après la miction.

On aurait, dès ce moment, constaté du pus dans ses

urines, et on lui ordonne des capsules de térébenthine et le régime lacté.

Bientôt, il s'aperçoit que des *gaz* sortent par le canal de l'urètre, puis des *matières*, avec des *fragments de nourriture non digérée*, tels que des *pépins de pommes et de raisins*.

Pendant longtemps, ces accidents sont intermittents, séparés par plusieurs jours d'intervalle ; ils ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire. Malgré les conseils du Dr Peyroux, d'Elbeuf, il hésite à se soumettre à une opération. Mais, depuis un an, les accidents cessent d'être intermittents, ils sont continuels et ses souffrances le décident à se faire opérer. Il faut d'ailleurs noter que les douleurs ont toujours été vésicales ou lombaires ; on ne retrouve aucun symptôme de péritonite, en particulier, pas de vomissements.

D'ailleurs, l'état général n'est pas mauvais. M .. est gras, plutôt obèse, mais à chairs flasques et pâles. Ses sommets sont suspects ; respiration légèrement soufflante à droite en arrière et à gauche en avant. L'urine contient du pus en assez grande quantité et un excès de sels minéraux.

Le toucher rectal montre une prostate saine, un peu de résistance au dessus de la prostate ; on ne perçoit pas d'orifice aussi haut qu'on puisse atteindre.

La palpation abdominale, difficile par suite de l'épaisseur de la paroi, ne fait rien sentir de précis, peut être cependant un peu de résistance dans la fosse iliaque gauche. C'est de là, prétend le malade, que partent les gaz qui vont être évacués par la vessie.

L'injection de lait par le rectum est bientôt suivie de son apparition dans la vessie ; il suffit de 100 grammes de lait, ce qui indique que la communication siège assez bas, probablement au niveau de l'*S iliaque*.

Le cathétérisme vésical ne fait pas sentir de corps étrangers.

Opération le 6 mars 1905. Laparotomie sus-pelvienne. La

couche de graisse sous-cutanée est extrêmement épaisse dans la position de Trendelenburg, on découvre facilement l'adhérence du *sommet de l'S iliaque* à la *partie supérieure* de la face postérieure *de la vessie*. Il n'y a aucune autre adhérence péritonéale et il n'existe ni canal ni poche entre les 2 organes, qui sont intimement accolés.

On les sépare au bistouri ; la fistule est bien garnie de muqueuse, large de 3 millimètres environ. Il ne s'écoule ni matières ni urine et on fait séparément une suture intestinale et une suture vésicale par deux plans, total et séro séreux.

Drainage et sonde à demeure.

La guérison de la plaie opératoire n'a été troublée que par la formation d'un petit abcès, dans un épanchement sanguin assez abondant sous la peau, et l'abondance de sels qui obstruent la sonde, d'ailleurs rapidement supprimée.

A plusieurs reprises le malade croit sentir quelques gaz passer par l'urètre, mais il est certain que la fistule est bien fermée. Une injection de lait, faite, à plusieurs reprises, dans le rectum ne revient pas avec l'urine.

Par contre, les urines ne s'éclaircissent pas, il semble même qu'elles deviennent plus purulentes malgré les lavages vésicaux et des instillations de nitrate d'argent. Notons aussi que, le 16 mars, il a uriné quelques gouttes de sang pur.

Il sort le 22 avril. A cette date, les urines sont redevenues plus claires, mais M.. se plaint de souffrir en urinant.

A la vérité son histoire n'était pas finie. Rentré chez lui, il continua de souffrir.

Le 20 mai, il expulse deux petits calculs de la grosseur d'un poids.

En août l'urine redevient très purulente, mélangée de sang, à la fin de chaque miction, il éprouve une vive douleur et expectore quelques gouttes de sang pur.

Il rentre à l'hôpital le 18 septembre, les symptômes d'un

calcul vésical n'étant pas douteux et étant facilement confirmés par le cathétérisme.

Opération le 22 septembre.

Taille sus-pubienne. On retire un calcul prostatique ayant 5 centimètres de longueur sur 3 1/2 de largeur. Ouvert, on trouve à son centre une enveloppe d'amande.

Drainage vésical et sonde à demeure.

Il sortait le 9 octobre complètement guéri et avec des urines parfaitement claires.

Obs. 59. — Doré : *Association Française d'urologie 1923. Fistule rectale après prostatectomie suspubienne.*

Un homme de 71 ans présentant un adénome prostatique était en rétention complète depuis 15 jours. Le cathétérisme permettrait d'évacuer environ un litre d'urine claire.

Urée du sang 0.71.

Le 20 décembre 1922, cystostomie sous anesthésie locale mise en place d'un tube de Marion. Le 3 janvier 1923 prostatectomie. Anesthésie rachidienne.

La prostate est petite, dure, adhérente, extrêmement difficile à cliver ; elle est extirpée par fragments avec les plus grandes difficultés. Tamponnement de la cavité prostatique ; mise en place d'un tube de Marion.

Le tamponnement est enlevé au bout de 48 heures sans incident. Tout va bien jusqu'au 7e jour. A ce moment, le malade commence à avoir des selles liquides qui semblent bien contenir de l'urine.

Le lendemain on voit sortir des matières par la plaie suspubienne.

A partir de ce moment le malade évacue tant par l'anus que par la vessie un mélange d'urine et de matières. On place une sonde à demeure dans l'espoir de voir la fistule se refermer spontanément.

En effet le toucher rectal pratiqué à ce moment, ne permettait de constater aucun orifice perceptible au doigt.

Peu à peu en effet, on vit les urines s'éclaircir et la diarrhée diminuer. Au bout d'un mois les urines étaient devenues parfaitement claires et le sont restées depuis

Le malade conserve seulement un peu de diarrhée le matin qui fait penser qu'il a peut-être persisté un petit pertuis permettant de temps en temps la filtration d'un peu d'urine de la vessie vers le rectum.

Obs. 60. — Billroth, *Chirurgie du Klum*, Berlin, 1879, *Fistule vésico-rectale.*

Chez un nommé M... on enleva en 1865 à la clinique, la pierre vésicale par la *taille latérale* ; à cette occasion on blessa le rectum.

Depuis ce temps, il avait une fistule, de sorte que dans la nuit l'urine s'écoulait constamment par le rectum. Dans la journée il en était de même ; mais le malade était moins mouillé, pouvant rendre l'urine aussi de la façon normale.

A la défécation beaucoup d'urine sortait du rectum.

En 1870, on cautérisa plusieurs fois cette fistule avec le fer incandescent, mais sans obtenir la guérison. En 1871, le malade entra à ma clinique de Vienne.

Le 3 février, je fends le sphincter anal en arrière, de sorte que la fistule était bien visible, en avivai abondamment les bords et appliquai les sutures.

Durant la semaine suivante, le malade rendait toujours l'urine à l'aide du cathéter. La guérison ne vint pas ; la fistule resta comme elle était.

Le 20 mars je fis une autre opération : je séparai complètement la paroi supérieure du rectum de l'urètre jusqu'à un point situé un peu derrière la fistule ; puis de la plaie je suturai la fistule rectale et vésicale. Mais la guérison n'eut pas lieu.

La fistule se forma de nouveau.

Le malade, assez affaibli après l'opération, fut atteint quelques mois après, de l'œdème des jambes et de la pleurésie.

Je ne pus donc entreprendre l'opération pour la 3e fois.

On plaça le malade dans le service des maladies internes et il mourut quelques semaines plus tard du mal de Bright.

Obs. 61. — Blanc *(Journal d'urologie, 1919)*.

Tav... syphilitique, 37 ans, ménagère, entre salle Lailler, lit n° 1, le 26 décembre 1923, pour des douleurs dans la région sacrée et des phénomènes de cystite. Ceux-ci existent depuis 5 mois. Elle urine actuellement 7 à 8 fois le jour, 3 fois la nuit : les urines sont troubles et assez colorées. La malade n'a jamais présenté d'hématurie. Les reins ne sont pas perçus, ni douloureux, à la palpation ou spontanément.

La malade, notablement amaigrie, est traitée depuis plusieurs années pour syphilis. L'année dernière elle a eu un abcès froid thoracique mal déterminé.

Elle attire notre attention sur un symptôme important : depuis environ 6 mois elle émet des gaz par l'urètre et parfois des grumeaux purulents et noirâtres.

Nous pratiquons une cystoscopie : le cystoscope est refoulé à droite et en haut, et on constate dans la région urétérale gauche et au-dessus, un œdème considérable qui empêche tout diagnostic précis.

Au toucher vaginal, il existe une masse latérale gauche adhérente au plancher vésical. Cette masse se prolonge en bas et en arrière sous forme d'une induration latéro-vaginale. Au toucher rectal, on trouve à gauche une saillie conique antérieure paraissant faire corps avec la vessie.

Nous pratiquons alors une cystographie en deux temps. La vessie est remplie avec une solution de bromure de sodium à 10 %. Lorsqu'on commence à injecter le liquide, la

malade ne peut le retenir et urine à traverser la sonde. En insistant, on peut injecter 240 c. c. de liquide sans que la malade éprouve un besoin intense d'uriner. Mais elle éprouve, par contre, le besoin d'aller à la selle. On prend à ce moment un premier cliché cystographique. Immédiatement après la vessie est complètement vidée avec la sonde. Malgré la vacuité de la vessie, la malade persiste à éprouver le besoin d'aller à la selle. La sonde vésicale étant alors retirée on prend un second cliché cystographique. Aussitôt après, la malade évacue par le rectum le liquide bromuré, (à noter qu'à la suite de l'injection de ce liquide la malade n'a éprouvé aucun phénomène du côté de la vessie ni du rectum).

Le premier cliché montre une vessie non régulière, grossièrement piriforme avec un bord droit presque rectiligne, la base allongée transversalement à contours nettement limités. La partie supérieure s'allonge sous forme d'un cône déjeté à gauche et présente deux petites fusées, l'une supérieure nettement arrondie, l'autre inférieure, d'aspect frangé. Du bord inférieur de la vessie part une ombre régulièrement arrondie qu'on dirait exister sur un autre plan.

Sur le deuxième cliché, à vessie vide, on ne voit plus trace de la vessie qui est seulement représentée par la stagnation d'un peu de liquide qui apparaît sous forme d'une barre transversale opaque à la partie inférieure.

Par contre, on aperçoit nettement un boyau présentant quatre courbures de calibre à peu près régulier. Les parties supérieures et inférieures de ce boyau qui n'est autre que le rectum rempli de liquide opaque, correspondent aux deux proéminences signalées sur le premier cliché.

Les contours du rectum sont parfaitement nets depuis l'anus jusqu'à l'anse sigmoïde.

Il s'agit donc bien d'une fistule vésico-intestinale et nous pensons vraisemblablement à un néoplasme intestinal ou-

vert dans la vessie. Mais en présence de la spécificité de cette femme, nous jugeons plus prudent, pour éliminer une ésion syphilitique possible, de faire un traitement.

Il faut noter que la malade, dont le début de la syphilis remonte à 1918, avait déjà quatre séries de douze piqûres de bi-iodure d'Hg à 0 gr. 01. plus deux séries de néo-salvarsan, qui ont rendu le Wassermann négatif. Enfin elle a reçu en avril 1923 quinze piqûres de muthanol, et à ce moment-là. la réaction de B. W. donnait H^5. Nous faisons alors deux nouvelles séries de bi-odure d'Hg.

La malade ressent d'abord une amélioration de l'état général, ses urines paraissent devenir plus claires (elle prend de l'urotropine) elle dit même que la pneumaturie diminue et devient intermittente. Il persiste d'ailleurs des phénomènes de cystite. Nous avons donc l'espoir qu'il peut s'agir de lésions spécifiques et nous pratiquons une seconde cystographie en deux temps.

L'aspect des cystogrammes a considérablement varié et il semble qu'on puisse suivre sur le cliché l'amélioration qui s'est manifestée cliniquement. De l'image rectale primitive, il ne reste qu'un petit trajet très réduit, dont on semble voir le point d'abouchement dans la vessie.

A la cystoscopie, l'œdème paraît avoir diminué. Il persiste au niveau de la paroi supéro-latérale gauche des plis et circonvolution-cérébriformes avec végétations fongueuses au milieu desquelles se trouve une dépression dont on n'aperçoit pas le fond et qui doit être le point d'origine de la fistule.

Considérant que nous sommes sur la voie de la guérison, nous envoyons la malade à la campagne pour trois mois afin de remonter complètement son état général et nous lui prescrivons du sirop de Gibert et de l'élixir Deret. Au début d'octobre 1924 la malade revient nous voir : elle est complètement transformée. Elle a engraissé de plusieurs kilogrammes, présente une mine superbe et nous

dit sa joie de n'avoir plus aucun symptôme vésical, elle n'a plus de phénomènes de cystite, elle n'a plus de pneumaturie, ses urines sont claires, paraît il. Au toucher vaginal, la masse latérale perçue autrefois n'existe plus. Par contre la malade nous signale que depuis quelque temps elle présente un petit abcès au niveau d'une côte. A l'examen nous trouvons une tumeur gommeuse, fistulisée, de la grosseur d'une prune.

Nous pratiquons une cystoscopie, la vessie a augmenté considérablement de capacité et permet un examen plus approfondi. Au niveau de la paroi supéro-latérale gauche, on aperçoit encore de l'œdème bulleux. Nous pratiquons alors une troisième cystographie en deux temps et cette fois elle est entièrement négative : aucune partie du liquide n'est passée dans le rectum qui est invisible sur le cliché. La vessie a repris à peu près sa forme normale.

Le diagnostic de syphilis vésicale est ainsi confirmé pour le plus grand bonheur de la malade. Nous l'envoyons à l'hôpital Saint-Louis suivre un traitement bismuthique.

Nous venons de revoir la malade, six mois après, avec un très bon état général, ne présentant plus de phénomènes vésicaux. La cystoscopie que nous avons faite nous a montré à l'endroit où siégeait auparavant la fistule une dépression de la paroi vésicale dont les bords sont irréguliers par résorption des bourgeons inflammatoires que nous avions constatés autrefois.

Obs. 62. — Pierre Delbet (*Bull. et Mém. de Chir.*, Paris, 1903). *Fistule vésico-intestinale.*

M. L..., âgé de 39 ans, qui n'avait présenté d'autre symptôme morbide que quelques coliques insignifiantes, fut très surpris de constater un jour — il y a 7 ou 8 ans — qu'il rendait des gaz par la verge. Cette pneumaturie était assez bruyante pour que le malade redoutât d'uriner en pu-

blic. Parfois, il passait aussi par la vessie, quelques débris de matières fécales.

La santé générale qui n'avait pas été touchée au début, ne tarda pas à s'altérer. De la fièvre survint avec des frissons et le malade se décida à une intervention qui fut pratiquée dans une ville de province.

Le chirurgien chercha à aborder la fistule par la cavité vésicale.

Il fit une taille hypogastrique eut beaucoup de peine « à trouver, tant il était petit, l'orifice vésical à droite, un peu au dessus du trigone ». Il fit l'avivement de cet orifice et le sutura au catgut.

« Quelques jours après, les fils lâchèrent et les matières fécales se précipitèrent en abondance par cet orifice agrandi ».

Peu à peu l'orifice se rétrécit au point que les matières fécales ne passaient qu'en petite quantité On laissa se refermer l'incision centrale, on supprima les tubes et le malade reprit la même vie qu'avant l'opération ; mais les phénomènes de résorption disparurent et, pendant six ou sept ans, il a pu mener la vie de tout le monde.

Il y a 4 mois (c'était le 9 septembre 1902), la fistule s'est reproduite et le malade eut, en même temps, une orchite. Le même chirurgien lui fit de nouveau la taille hypogastrique et sutura la fistule avec du crin de Florence. Il lui fut impossible de trouver le trajet ou l'orifice intestinal de la fistule.

La suture au crin de Florence se défit rapidement et les matières fécales et les gaz passèrent plus abondamment que jamais.

Malgré l'orifice vésical sus-pelvien qu'on maintient ouvert le malade ne peut pas vivre avec les souffrances atroces qu'il accuse.

Entré dans le *service de M. Delbet, le malade fut* opéré *le 13 septembre.*

Il aurait été plus sage de différer l'opération, dit M. Delbet, mais il se décida à intervenir à cause des souffrances insupportables du malade.

Après la *fermeture de l'orifice hypogastrique* et le lavage complet de la paroi abdominale pour parer à l'infection *par* l'urine et les matières fécales, *le ventre fut ouvert* et l'intestin grêle relevé (il n'était pas adhérent) : il reste une *masse fibro-graisseuse* qui va de la paroi abdominale (région du méat hypogastrique) au promontoire et dans laquelle il est *impossible de rien distinguer.*

On va chercher le côlon dans la fosse iliaque gauche et je constate que cette masse est constituée par le *côlon pelvien* énormément épaissi par des lésions diffuses d'inflammation chronique.

On agrandit l'incision par en bas jusqu'au point où la vessie est adhérente à la paroi, et on commence à décoller le côlon.

Les adhérences sont étroites et très résistantes, mais heureusement elles saignent peu ; le décollement va lentement. On arrive bientôt sur une région où les adhérences très fortes résistent absolument aux ongles et aux pinces. Après avoir placé des compresses protectrices, on attaque cette région avec des ciseaux courbés, et on *arrive sur la fistule.* La muqueuse intestinale fait saillie par l'orifice. On pourrait déjà suturer séparément l'orifice vésical et l'orifice intestinal, mais on préfère séparer complètement le côlon pelvien.

Bien que libéré il reste à peu près immobilisé par l'épaississement et la rétraction du méso. Il ne sort ni urine de la vessie ni matières de l'intestin. On commence par la suture de l'intestin. L'orifice ovalaire a, à peu près, le diamètre de l'index. Le grand axe est oblique par rapport à l'intestin. On fait deux plans de suture à une extrémité, on est gêné par les appendices épiploïques ; à l'autre le fil coupe.

En somme, la suture présente des difficultés. On espère

cependant être arrivé à la faire bonne. La résection de l'intestin aurait présente ici des difficultés considérables.

D'une part il aurait fallu la faire très étendue, car les lésions s'étendaient à tout le côlon pelvien, et, d'autre part, on aurait été singulièrement embarrassé par la brièveté et l'épaississement de son méso. La suture de la vessie a présenté de grandes difficultés, non pas que la paroi vésicale fut friable, mais l'orifice siégeait sur la face inférieure de la vessie et était très difficilement accessible.

On arriva péniblement à faire deux plans en surjet.

Suture de la paroi sans drainage.

Les suites furent d'une simplicité extrême. Il n'y eut qu'un point fâcheux. Jamais la sonde à demeure n'a bien fonctionné et il passait toujours un peu d'urine par le méat hypogastrique. Comme cette sonde, qui ne remplissait pas son but, déterminait des douleurs très vives, je pris le parti de la supprimer au bout de cinq jours et de rouvrir la fistule hypogastrique vésicale. A part cela tout alla à merveille pendant 13 jours. Il n'y avait eu aucune augmentation de température, aucune réaction péritonéale, l'intestin fonctionnait très bien.

Le malade était considéré comme définitivement guéri, quand, le 14e jour, il se produisit une élévation de température en même temps que des douleurs La *cicatrice abdominale se désunit* et il sortit du pus, avec des matières intestinales. Cet accident survenant au bout de 14 jours, alors que tout danger paraissait conjuré, ne peut s'expliquer que par la nature des lésions intestinales.

Le malade avait eu, vers l'âge de 19 ans, un chancre syphilitique, et on avait la conviction, avant même l'opération, que la fistule était due à une gomme intestinale ouverte dans la vessie

On aurait dû mettre le malade au traitement avant de l'opérer, ce qui ne fut pas possible à cause de ses terribles souffrances qui pressèrent l'opération. Après l'opération, le

traitement prescrit (sirop de Gibert et une potion iodurée) ne fut pas suivi d'une manière régulière. Or, il est survenu un accident qui plaide énergiquement en faveur de l'origine syphilitique des lésions intestinales qui étaient étendues. Quelques jours après l'opération, s'était développé, d'une manière insidieuse et indolente, une petite tuméfaction dans le cordon du côté droit, au voisinage de l'orifice externe du canal inguinal.

Lorsque le malade attira l'attention sur cette tuméfaction, elle avait le volume d'une petite noix et était peu sensible, etc.

Enfin, cette tuméfaction a cédé à un traitement spécifique à l'aide d'injection d'huile iodurée de Panas.

Le malade a été incontestablement amélioré par l'opération. Au lieu d'uriner et de déféquer par l'hypogastre, il urine par la verge (les urines n'ont jamais passé ni dans l'intestin, ni par la fistule abdominale) et les matières fécales habituellement passent par l'anus, mais *de temps en temps elles passent avec les gaz par le méat hypogastrique et la vessie.*

Obs. 63. — (*Inédite*) Dr Chevassu.

F..., 64 ans. Entre à l'hôpital le 26 mars 1923, parce que depuis quelques jours ses urines sont très troubles et qu'il éprouve des douleurs à la miction.

C'est la première fois que de tels troubles se présentent. Ils sont apparus à la suite d'une crise d'entérite, crise douloureuse mais sans diarrhée.

Antécédents. — Entérite depuis 11 ans, caractérisée par crises douloureuses, 3 selles par jour.

Chancre syphilitique il y a 40 ans, soigné par pilules et protoïodure. Pas d'accidents. Enfants bien portants.

Depuis 2 ans urine plus souvent : 2 fois la nuit.

Le 27 mars 1923 : Le malade constate de la fécalurie, on assiste à ses mictions :

Pneumaturie, urines fécaloïdes, à odeur fétide, pas de douleurs.

On pense aussitôt à un néo.

Toucher rectal : Pas traces de néo-rectal, mais prostate augmentée de volume.

Le 28 mars 1923 : Plus de pneumaturie. Urines beaucoup plus propres.

Le 29 mars 1923 : *Rectoscopie* :

Aucune trace de néo.

Muqueuse rectale normale, sauf quelques paquets hémorroïdaires.

Pas d'orifice de fistule.

Le 30 mars : Sonde à demeure : Fécalurie disparaît.

Le 31 mars : Cystoscopie.

Col surélevé, un peu œdémateux.

La zone urétérale *droite* présente un peu d'œdème bulleux.

A gauche : un peu moins d'œdème.

Orifice urétéral cratériforme.

Parois vésicales irrégulières un peu tomenteuses avec des magmas purulents.

Très au fond à gauche le bouton étant à 3 heures, la vessie présente un aspect parqueté avec 2 dépressions paraissant assez creuses, mais où la sonde urétérale ne peut s'engager.

Az — 0,63
K — 0,105
T. A. — 12,5-19,5

B. W. suspect.

A. R. O.

A. C. souffle systolique très intense à la pointe se propageant vers l'aisselle.

5	avril	Quinby	0 gr. 02
7	»	»	0 gr. 02
10	»	»	0 gr. 03
12	»	»	0 gr. 03
14	»	»	0 gr. 03
17	»	»	»
19	»	»	»
21	»	»	»
23	»	»	»
25	»	»	»
28	»	»	»
1er	mai	»	»

Le 19 avril : Urines troubles dans les 3 verres, s'éclaircissant presque totalement par la chaleur et l'acide acétique.

Urines des 24 heures : 3 litres.

Urines de jour, toutes les 40′ la nuit, fréquemment dans la 2e partie de la nuit.

Le 5 mai émet quelques gaz.

Sorti le 5 mai.

Pas d'adresse.

CONCLUSIONS

1° Les F. V. I. traumatiques ou non traumatiques sont des affections RARES

2° Ces F. V. I. à part quelques exceptions sont des COMPLICATIONS d'une affection à symptomatologie plus ou moins bruyante, ou des COMPLICATIONS d'un traumatisme local.

3° Les anciens auteurs ont particulièrement étudié les F. V. I. néoplasiques, ils en ont décrit la symptomatologie avec une grande richesse de détails.

4° Actuellement, ces F. V. I. cancéreuses sont les moins intéressantes, le cancer intestinal ou vésical doit être opéré avant l'apparition de cette COMPLICATION qui est une contre-indication formelle.

5° L'étude des F. V. I. a bénéficié considérablement des progrès des moyens d'exploration actuelle :

Radioscopie et radiographie :

après lavement opaque ;
après repas opaque ;
après injection vésicale ;

d'une solution de collargol à 8 %.

De la cystoscopie.
De la cystographie.

Des moyens d'investigation qui permettent de mesurer la résistance du malade :

Azotémie sanguine ;
Constante d'Ambard ;
Tension artérielle.

Des progrès de la chirurgie abdominale et des progrès de nos connaissances sur les affections abdominales en particulier :

l'appendicite aiguë ;
les diverticulites du gros intestin.

6° Aussi le nombre de ces fistules diminue de jour en jour en particulier :

les fistules V. I. suites D'APPENDICITE ;
les fistules V. I. suites de LITHIASE VÉSICALE.

Cependant on en observe encore quelques-unes et il faut séparer :

7° Les F. V. I. *traumatiques* des F. V. I. *non traumatiques.*

Parmi les premières :

8° Les F. V. I. complications de l'accouchement sont de plus en plus rares. Depuis que les accoucheurs

s'abstiennent de faire des applications de forceps au niveau du détroit supérieur.

Ces fistules guérissent en général par *intervention par la voie vaginale.*

9° Les F. V. I. suites d'empalement guérissent en général par L'ABSTENTION quand le cul-de-sac de Douglas n'est pas ouvert.

10° Les F. V. I. suites de lithiase vésicale guérissent par intervention par la voie trans-vésicale :

cystostomie, débridement de l'orifice, suture de l'orifice intestinal si possible, fermeture de l'orifice vésical en deux plans, au catgut n° 1, tube coudé dans la vessie.

Parmi les F. V. I. non traumatiques.

11° Les fistules appendiculo-vésicales guérissent par LAPAROTOMIE LATÉRALE, résection de l'appendice et suture de l'orifice vésical ; il y a quelques cas de guérison spontanée.

12° Les *fistules suites de suppuration pelvienne* guérissent également bien après laparotomie médiane sous-ombilicale avec hystérectomie et Mickulicz.

13° Les *fistules V. I. tuberculeuses* guérissent également bien :

Soit après une grosse intervention qui est la laparotomie médiane, soit simplement par voie trans-vésicale.

14° Les FISTULES DIVERTICULO-VÉSICALES mieux connues donnent après *colostomie* et suppression de la fistule après laparotomie de très bons résultats.

15° *Les fistules actino-mycosiques, syphilitiques.*

De l'amibiase ;

De la typhoïde.

sont exceptionnelles et demandent à être traitées par des moyens spécifiques.

Vu, *le Doyen*,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
PIERRE DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Appuhn (Maximilien Henry). — *Thèse de Nancy*, 1903.

Allan A. P. — *Brit. med. Journal*, London, 1900.

Blanquinque. — *Thèse de Paris*, 1870.

Boyer. — *Traité des Maladies Chirurgicales* 1826.

Boiffin. — Communication à la *Soc. de Chir.* de Paris 1891.

Baldwin. — *Brooklyn Méd. Journ.*, 1891.

Barnsky — *Thèse Paris* 1898.

Berthelin. — *Thèse Paris*, 1895.

Bouilly. — *Sem. Gyn.*, oct. 1897.

Brun. — *Presse médicale*, 1896.

Bazy. — Abcès pelviens ouverts dans la vessie (*Revue de Gyn. et de Chir abd.*, Paris 1898).

Bureau et Pasquereau. — *Gaz. méd. de Nantes*, 1909.

Beach. — *Ann of Surg*, 1896, t. II.

Blane. — *Journ. d'Ur* , 1920.

Cadwallader. — *Journ am. méd. Ass.*, Chicago, 1909.

Carlier. — *Ass. Fr. d'U* , 1901.

Cerné. — *Normandie Méd.* (Rouen 1906).

Chavannaz. — *Thèse Paris*, 1897.

Chavannaz — *Ann Génito-urinaires*, 1897-1898.

Chevassu. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1920.

Chevassu. — *Thèse de Gourevitch*, 1921.

Caillet. — *Thèse*, 1912, Lille.

Chapon. — *Thèse Paris*, 1900.

Davrinche et Pelit. — *Echo médical du Nord*, Lille 1904.

Delbet. — *Bull. et Mem. Soc. Chir.*, 1903.

Dodd. — (J. K.) *Brith méd. Journal*, London 1900.

Duplay. — La clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1900.

Duplay. — Des fistules vésico-intestinales (*Méd. Mod.* Paris 1899).

Davat. — *Bull. de la Soc. Anat.*, Paris, 1873

Doré. — *Ass. Fr d'Ur.*, 1923.

Delagénière. — Congrès chirurgie, 1897.

Dieulafoy. — Clinique Hôtel-Dieu, 1898.

Dormorf. — *Thèse de Lyon*, 1897.

Damien. — Masson, 1898.

Everke (C). — *Zeitschr. f. Gynâk ur*, Leipzig, 1909).

Esnault. — *Thèse Paris*, 1897.

Franké (Von). — *Deut. Med. Woch.* (Leipzig et Berlin, 1906).

Fitz (Reginald). — Boston, *med. and surgical journal*, 1888.

Genouville. — Cas de la clinique de Guyon, 1897.

Guiard. — *Annales des maladies des org. gén. urinaires*, t. I.

Garnet Wright. — *Proceedings of the Royal Society Of. Med.*, (London, 1922).

Gutzeit. — *Zeitschr. f. gyn.urol.* (Leipzig, 1910-1911).

Guyon. — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires* t. I.

Guinard. — *Nouveau Traité de chirurgie* (Le Dentu et Delbet).

Hannes (W.) *Zentralbl. f. gyn.* (Leipzig, 1907).

Hartmann (H.) *Bull. et Mém. Soc. Chir.* (Paris, 1906).

Hartmann et Raymond. — *Ass. Fr d'ur.*, 1897.

Hœpel (S.) — *Münch Med. Woch.*, 1901.

Heine (Walter) *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harm. u. Sex. Org.* (Leipzig, 1904).

Herczel. — *Pester Mediz Chir. Presse* 1890.

Holmes. — *Med. chir. Trans.*, 1866.

Hallé. — *Annales des mal. des org. gén. uri.*, 1892.

Jacomet. — *Bull. et Mém. de la Soc. Chir.*, 1904.
Kelly. — *Journ. of the Amer. med. Ass.*, 1898.
Kastner. — *Zeitschr. f. gyn.*, 1903.
Livingstone (Donald). — *Brit. Med. Journ.*, London, 1902.
Lutaud. — *Thèse Leroy*, Paris 1897.
Legueu. — *Soc. An.*, 1892.
Levison. — *The military Surgeon*, 1912.
Mikailoff. — *Thèse de Lyon*, 1899.
Monod et Vanverts. L'appendicite *Encyclopédie Léauté).*
Morisson. — *Trans. of the patho. Soc. of London*, t. XXX.
Mursell H. I.). — *British Med. Journ.*, London, 1907.
Pascal (Alexandre). — *Thèse Paris*, 1900.
Person. — *Thèse Paris*, 1906.
Pousson. — *Arch. prov. de Chir.*, 1894.
Pracagore. — *Il Morgagni*, 1872.
Piard. — *Thèse Paris*, 1896.
Pozzi. — *Soc. chir.*, 1888 et 1890.
Pilcher (Brooklin). — *The Amer. journ. of Urology*, 1912.
Prislavesco. — *Journ. d'Ur.* 1912.
Reynès. — *XIII*e *Congrès intern. de Méd. de Paris*, 1900.
Rothe (H.). — *Monytschr. f. Geb. u. Jyn.*, Berlin, 1904.
Routier. — *Soc. Chir.*, 1895.
Swynghedauw. — Divertic. du gros intestin (*J. Chir* ,1926).
Salmon. — *The Lancet*, 1831-32.
Schenckius. — *Observationum medicarium formus Unus* Francfort, 1600.
Sidney (Jones). — *Path. Soc. Trans.*, London, t. X.
Stone. — *Am. Surg. Phil.*, 1904.
Sédillot. — *Ann. de Chir. Fr. et Etr.*, Paris 1891.
Tillaux. — *Leçons de clinique Chirurg.*, 1895-97.
Trèves. — *British Médical Journal*, 1885.
Tisné. — *Annales des maladies des org. génito-urinaires*, 1897.
Tonta. — Multiple Divertikel des Kolon (*Herhandlungen, der Naturforscher underzte zu München*, 1899).

Tuffier et Dumont. — *Revue Gyn.*, 1898.

Tuffier et Jeanne. — *Revue de gyn. et de chir. Abd.*, 1899.

Tuffier et Jalaguier. — In *Traité de chirurg. de Duplay Reclus.* Cystite et appendicite.

Vladoff. — *Thèse Lyon*, 1898.

Wallher. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1903.